VIITORUL PSIHIATRIEI

ADAPTARE - INTEGRARE - RECUPERARE

Sub redacția
P. BRÎNZEI

1905
1980
SOCOLA

SPITALUL CLINIC „SOCOLA“ IAȘI
LXXV
10 - 11 octombrie 1980

VIITORUL PSIHIATRIEI
ADAPTARE — INTEGRARE
RECUPERARE

Sub redacția
PETRE BRÂNZEI

A VI-A
SESIUNE ȘTIINȚIFICĂ
FESTIVĂ
DIN CICLUL
SĂNĂTATE MINTALĂ
ȘI PSIHIATRIE SOCIALĂ

SPITALUL CLINIC „SOCOLA“ IAȘI
A 75-A ANIVERSARE

10—11 OCTOMBRIE 1980

Republica Socialistă România

Brevet

Prin Decretul prezidențial nr. 33 *din* 3 martie 1981 *se conferă*

ORDINUL "MERITUL SANITAR" CLASA I

SPITALULUI CLINIC DE PSIHIATRIE "SOCOLA" DIN IAȘI

pentru contribuția deosebită adusă la ocrotirea sănătății populației, dezvoltarea cercetării științifice medicale, instruirea și perfecționarea profesională a cadrelor medico-sanitare, cu prilejul împlinirii a 75 de ani de la înființare.

Președintele
Republicii Socialiste România

SUMAR

Deschiderea sesiunii 17

Opening session 22

Sequences de la vie de l'hôpital de „Socola" ou l'avenir de la psychiatrie : Adaptation — Integration — Rehabilitation, P. BRANZEI — Iași . . . 28

Problematica medico-psiho-pedagogică a copilului și adolescentului

A propos de l'approche familiale dans les psychoses de l'enfant, S. LEBOVICI — Paris 87

Date anamnestice și clinico-epidemiologice asupra unui grup de 100 noi internați în serviciul neuropsihiatrie infantilă a Spitalului „Socola" Iași, S. BLUMENFELD, G. SIMOVICI, T. STAMATIN, C. BARABOLSCHI — Iași 92

Structura de diagnostic a psihozelor internate în secția de neuropsihiatrie infantilă Cluj-Napoca, pe ultimii 10 ani, V. GHIRAN, ILEANA BENGA, SEMPRONIA FILIPOIU, O. PAVEL, D. MUSCHIEVICI, MARIANA ONIGA, IANKO IOLAN — Cluj-Napoca 93

Autismul infantil în cazuistica serviciului clinic de neuropsihiatrie infantilă al Spitalului „Dr. Gh. Marinescu" București, perioada 1975—1979, V. PREDESCU, MARGARETA ȘTEFAN, SANDA MĂGUREANU, C. OANCEA, ȘT. MILEA — București 95

Contribuții la studiul recuperării copilului cu handicap școlar, P. BRÂNZEI, M. GAȘPAR, M. ȘELARU — Iași 98

Probleme psihosociale ale adaptării la elevii adolescenți, M. BEJAT, H. BEJAT — București 101

Studiu comparativ asupra dezvoltării personalității și integrării socio-profesionale a absolvenților liceului teoretic și industrial, V. CHIRIȚA, I. TURCU — Bacău 102

Problema tulburărilor psihice la copil în dinamica devenirii spre și la vîrsta adultă, S. BLUMENFELD, G. SIMOVICI — Iași 104

Modalități de recuperare a eșecului adaptativ școlar, N. COSMOVICI, MARIA COSMOVICI — Iași 105

Despre aspirațiile profesionale la copiii căminizați, GH. SCRIPCARU, V. MIHĂESCU, T. CIORNEA, GH. DRAGHICI, MARIA NICORICI, ANGELA BRATU — Iași 107

Probleme de readaptare la copiii cu reacții psihogene generate de stări tensionale în mediul școlar, ELENA LUPAȘCU, I. GAVRILĂ, EUGENIA VOLVOREANU — Craiova 109

Cu privire la limitele potențialului de asistență psihosocială în familiile copiilor cu tulburări psihice, S. BLUMENFELD, ASPAZIA LANGA — Iași . . 110

Mediul familial și riscul adaptativ instructiv-educativ, NICULINA FÂNTÂNĂ, M. ȘELARU — Iași 112

Consideraţii cu privire la adaptarea socio-familială şi şcolară a elevilor proveniţi din mediul rural, T. STAMATIN, M. ŞELARU — Iaşi 113

Aspecte de comportament psihosocial în familiile copiilor cu afecţiuni psihice severe, S. BLUMENFELD — Iaşi 116

Relaţii de grup la copiii căminizaţi, GH. SCRIPCARU, GH. DRAGHICI, T. CIORNEA, V. MIHAESCU — Iaşi 119

Dificultăţile şcolare la copilul de clasa I-a, FLORICA POPOVICI, GEORGETA NIŢA, ERMINA GALAŢEANU — Bacău 121

Clase funcţionale de recuperare didactică, MARIA COSMOVICI, N. COSMOVICI Iaşi 122

Observaţii privind recuperarea copilului nevrotic, T. STAMATIN — Iaşi . . . 124

Studiul epidemiologic şi medico-social întreprins de Spitalul neuropsihiatrie infantilă Lugoj, privind epilepsia copilului, FLORICA CĂTANICIU, L. BORBIL, R. PÎRVULESCU, ELENA HÎNCESCU, ROZALIA PÎRVULESCU, I. VASILICHIA — Lugoj 126

Tratamentul psihoprofilactic al tulburărilor de comportament la copilul epileptic, T. STAMATIN, M. ŞELARU — Iaşi 128

Cîteva aspecte particulare ale dezadaptării la adolescenţă, C. TURCU, ANA ANANIE—POPOVICI — Brăila 129

Unele consideraţii cu privire la elevii din casele de copii, GH. SCRIPCARU, GH. DRAGHICI, T. CIORNEA, V. MIHAESCU, DORINA ZAHARIA — Iaşi 131

Adaptarea socială şi integrarea familială a copiilor şi adolescenţilor cu încercări de sinucidere în antecedente, M. BURDEA, AURELIA TUDORAN, EMILIA CĂRLESCU, GEORGETA DIACONU, RODICA TEODORU — — Iaşi 134

Locul şi rolul şcolii speciale în recuperarea şi integrarea în viaţa socială a copilului deficient mintal, G. POPESCU, GEORGETA OFELIA POPOVENIUC, ELVIRA SUHAN — Siret 136

Contribuţia spitalului de copii neuropsihici în rezolvarea unor probleme medico-sociale (studiu medico-statistic pe 10 ani), G. POPESCU, SILVIA MAFTEI, OFELIA—GEORGETA POPOVENIUC, I. LUMEI — Siret . . 137

Colaborarea medic-pedagog-psiholog în ameliorarea comportamentului aberant la o şcoală de reeducare din municipiul Bacău, GABRIELA MARINESCU, G. ZICHIL, V. CHIRIŢA, I. TURCU, ANETA FUIOAGĂ — Bacău . . 139

Cîteva particularităţi psihice observate la copii oligofreni internaţi în spitalul Siret, VIOLETA COSTEA, G. POPESCU — Siret 141

Aspecte psihologice în malformaţiile cardiace congenitale la copil, M. HAIMOVICI, DOINA FELEA, LIDIA IORDĂCHESCU, ANA MITROFAN — Iaşi . . 142

Examenul — probă formativă cu valenţe de risc în declanşarea nevrozei la studenţi. Soluţii profilactice, VIORICA STĂNCULESCU — Cluj-Napoca . . 144

Psihiatria universitară. Aspecte actuale şi direcţii de dezvoltare în viitor, ŞT. NICA—UDANGIU, LIDIA NICA—UDANGIU — Bucureşti 145

Factorii de risc adaptativ instructiv-educativ în mediul universitar, CONSTANŢA BUIUC, GH. BALAN, M. ŞELARU — Iaşi 147

Limitele şi perspectivele schizofreniei infantile, V. GHIRAN — Cluj-Napoca . . 149

Clinica autismului infantil precoce în perspectivă dinamică, V. GHIRAN, ILEANA BENGA, SEMPRONIA FILIPOIU — Cluj-Napoca 151

Contribuţii la recuperarea socio-profesională a studentului schizofren, C. POSTELNICU, GH. BALAN, A. AVASILCAI — Iaşi 153

Imaginea corporală în edentaţia parţială la tineri, V. MIHAESCU, C. NEUMANN, MIRELA ANDREI, MARIA BASTON — Iaşi 155

Testul TAT în tulburările psihice reactive la copil şi adolescent, N. COSMOVICI, MARIA COSMOVICI, M. ŞELARU — Iaşi 156

Reacţii emotive acute psiho-somatice în adolescenţă (evidenţiate prin testul afectivo-diagnostic), N. COSMOVICI, MARIA COSMOVICI — Iaşi . . . 157

Aspecte ale psihodiagnosticului proiectiv la debilul mintal, LUCICA CHIRIAC — Bacău 159

Reacţii şi stări comportamentale conflictogene în adolescenţă evidenţiate prin testul „asociativ-verbal" forma dezvoltată, N. COSMOVICI, MARIA COSMOVICI — Iaşi 160

Medicamentul şi odiseia lui în psihiatria infantilă, S. BLUMENFELD — Iaşi . . 163

Influenţa pozitivă a tratamentului cu neuroleptice şi maturizante cerebrale asupra recuperării copilului oligofren din unitatea Siret, SILVIA MAFTEI, ASIZA IACUBOVICI, G. POPESCU — Siret 166

Aportul kinetoterapei în recuperarea motorie a copiilor handicapaţi psihomotor din Spitalul Siret, G. POPESCU, OFELIA—GEORGETA POPOVENIUC, SILVIA MAFTEI — Siret 167

Unele consideraţii psihoterapeutice ale muzicii în educarea copiilor neuropsihici, G. POPESCU, OFELIA—GEORGETA POPOVENIUC — Siret 169

Electroencefalograma în tulburările de comportament la copil, ANA STRATONE, CONSTANŢA ARMAŞU — Iaşi 170

Consideraţii asupra activării cu cofeină a e.e.g. la copii, T. STAMATIN, I. ŞTEFAN, G. SIMOVICI — Iaşi 171

Dispensarizarea copiilor cu handicap psihic, prim pas spre o inserţie socială complexă la vîrsta adultă, ELENA LUPAŞCU, GEORGETA PETRULIAN, I. ANDRONIC — Craiova 172

Asistenţa psihiatrică socială a copilului handicapat şcolar — măsuri de recuperare, NICULINA FĂNTĂNA — Iaşi 174

Disarmonia cognitivă şi exigenţele învăţămîntului actual, ELIZA IONESCU, D. CIUMAGEANU, DORINA FEIER, C. LUPU — Timişoara 175

Dislexia—disgrafia, aptitudinea şi determinantele dezvoltării funcţiei, ELIZA IONESCU, IUDITH MATOLCSI, N. IORDACHE, VICTORIA GULYAS — Timişoara 178

Probleme ale adaptării socio-şcolare la copiii cu tulburări instrumentale, D. CIUMAGEANU, N. IORDACHE, VICTORIA GULYAS — Timişoara . . 180

Adaptarea şi integrarea socio-profesională a absolvenţilor şcolii ajutătoare, ELIZA IONESCU, D. CIUMAGEANU, P. ARCAN, A. ICLEANU, A. CÎMPEANU — Timişoara 181

Fenomene psihice compensatorii relevate prin testul Lücher la bolnavii psihici după t.c.c., VALERIA SAVU — Bucureşti 183

Relaţia om—mediu şi sanogeneza

Contribution de la pedagogie par abjectifs a l'avenir interdisciplinaire de la psychiatrie, CLAUDE VEIL — Paris 187

Şcoala Parhon de la Socola, un model de integrare interdisciplinară în medicină, ŞT. MILCU — Bucureşti 191

Dinamica tridimensională a personalităţii în perspectiva relaţiilor medico-psihologice, V. PAVELCU — Iaşi 193

Proiecţia serviciului psihosocial pe structura dinamică a şcolii de la „Socola"—Iaşi, P. BRĂNZEI, M. SELARU, N. COSMOVICI, MARIA COSMOVICI, NICULINA FĂNTĂNA, DOINA BALAHUR, EMILIA LUPAŞCU, BEATA CATALINA VASACOS, LILICA CONACHE, V. PARASCHIV, I. CĂLUGARU, L. DONCIU, SILVIA GHERGHE, P. BOIŞTEANU — Iaşi . 194

Urbanizare, industrializare şi sănătate publică, GH. ZAMFIR — Iaşi 200

Personalitatea şi revoluţia ştiinţifico-tehnică contemporană în perspectiva problematicii de sănătate mintală, M. SELARU, V. SERB, DORINA BUCUR SELARU — Iaşi 203

Influenţe neuropsihice determinate de poluarea sonoră a mediului, GH. ZAMFIR, C. MELINTE, D. MOCANU — Iaşi 205

Date privind aprecierea subiectivă a fenomenelor de oboseală în activitatea industrială, EMILIA LUPAŞCU-CIRLESCU, M. SELARU — Iaşi 207

Oboseala psihică şi factorii de microclimat fizic şi socio-profesional, M. SELARU, H. GOTTLIEB, ROXANA RUSU — Iaşi 210

Consecinţele sociale şi medicale ale revoluţiei ştiinţifice şi tehnice contemporane, C. GH. MARINESCU, I. HAGIU — Iaşi 212

Fenomenul de oboseală, factor potenţial de risc adaptativ socio-profesional, EMILIA CÎRLESCU-LUPAŞCU, I. GOBJILĂ, M. SELARU — Iaşi 214

Aspecte ale patologiei psihice în mediul industrial, V. CHIRIȚĂ, I. TURCU, G. ZICHIL, GABRIELA MARINESCU, FL. TEODORESCU, A. CANDREA — Bacău 215

Psihologia asociaționistă a creativității — valori și limite, I. DODEA, DOINA BALAHUR-DOBRESCU — Iași 218

Psihiatria transculturală și criza psihiatriei clasice, I. CUCU, VIORICA FILIP — București 220

Destinul psihiatriei — între antipsihiatrie și expansionism psihiatric, M. DEHELEANU, POMPILIA DEHELEANU — Timișoara 223

Particularități de reactivitate afectivă la adolescenți, tineri, adulți și vîrstnici, M. ȘELARU, P. BOIȘTEANU, M. SESERMAN, DORINA BUCUR-ȘELARU — Iași 226

Cu privire la noțiunile clinice de reacție, dezvoltare și proces, M. ȘELARU, M. BALTARU — Iași 227

Psihiatria în fața unor aspecte ale artei moderne, C. ROMANESCU, P. BOIȘTEANU, FL. TEODORESCU, FLORENTINA FLOAREȘ, MARIA BUZULEAC — Iași 236

Valoarea unor indicatori psihologici, fiziologici și biochimici pentru aprecierea solicitării și oboselii în munca automatizată, I. SILION, ANA COTRĂU, GR. STAVRI, CORNELIA MIHALACHE, VALERIA ROȘCA, A. BOTEZ, M. PETRARU, CINTIA PANDELE — Iași 237

Multilateralitatea personalității prospectată sub aspectul idealului în prezervarea sănătății mintale, I. GRIGORAȘ, M. SESERMAN, V. HRIMIUC — Iași . 239

Posibilități și limite în supravegherea medicală privind adaptarea și dezadaptarea femeilor în cazul muncii în trei schimburi cu alternare săptămînală, I. SILION, GR. STAVRI, AL. CALUGAR, DOINA GĂLEȘANU — Iași . 240

Psihiatria contemporană o artă și știință, psihiatria viitorului o știință și artă, K. BARTHA, VERONICA BENEDEC, MIKLOȘ IRINA, EUGENIA MOLDOVAN, E. WILLIGER, D. HUȚIU, GH. DRĂGĂNESCU — Arad 242

Locul psihopatologiei informaționale în problematica psihiatriei viitorului, V. HRIMIUC, R. CHIRIAC — Iași 243

Viitorul psihiatriei sau psihiatria viitorului; temeritatea unor predicții, N. DAMIAN — București 245

Probleme și corelații între formularea diagnosticului psihiatric și diferite situații existențiale ale bolnavului psihic, C. POSTELNICU, MONICA CHIRIAC, BEATA CATALINA VASACOS, O. DRIGA — Iași 246

Viitor fenomenologic în psihopatologie, G. CORNUȚIU — Oradea 248

Teorema lui Gödel și dimensiunea comprehensivă în psihiatrie, C. S. PETEU — Sighișoara 251

Aspecte psihopatologice în tulburările de comportament de tip psihopatiform, SILVIA GHERGHE, M. ȘELARU — Iași 251

Considerații asupra examenului psihiatric efectuat în stabilirea aptitudinii pentru serviciul militar, C. CHELEMEN, C. POSTELNICU, M. SCHREINER, V. HRIMIUC — Iași 253

Corelații între procesul de comunicare și echilibrul bio-psiho-social, IRENE TALABAN — București 255

Persoana în dinamica devenirii, I. ALEXANDRESCU — Iași 256

Aspecte privind încadrarea bolnavului psihic în societate, E. RINGWALD — Elveția, M. MOSCOVICI — Israel 258

Sănătatea, parte componentă a progresului social, N. STRATONE, ANA STRATONE — Iași 260

Civilizație și sănătate mintală, V. HRIMIUC, MARGARETA HRIMIUC — Iași . . 262

Calitatea vieții și medicina omului sănătos, C. GH. MARINESCU, R. DUDA — Iași 263

Echilibrul psiho-social și longevitatea, C. BOGDAN, IRENE TALABAN — București . 266

Perspective psiho-sociologice în abordarea unor fenomene de inadaptare, A. POPESCU, S. M. RADULESCU — București 267

Aspecte de frontieră psihologică în proza lui Max Frisch, HERTHA PEREZ — Iași . 270

Evoluția nișei ecopsihologice umane, C. TURCU — Brăila 273

După un deceniu de activitate, MARIANA CÎRMACIU — Suceava 278

Cunoaşterea motivaţiei în geneza structurării conflictului, EUGENIA SIMULESCU — Cluj-Napoca 281

Valoarea diagnostică a testului M.M.P.I. în psihopatologie, CAROLA OFFENBERG, SILVIA GHERGHE, N. PARUŞ — Iaşi 282

Conjugopatia — factori perturbatori ai spaţiului afectiv, GH. SCRIPCARU, V. MIHAESCU, C. PANDELE — Iaşi 284

Rolul formelor de coroană în terapia psihică, V. CIREAŞĂ — Iaşi 285

Rolul hortiviticulturii în combaterea cronocibernozei, V. CIREAŞĂ, ELENA CIREAŞĂ — Iaşi 287

Contribuţii privitoare la implicaţia afectivităţii în procesul integrării socio-ocupaţionale a persoanei, I. ALEXANDRESCU — Iaşi 289

Conştiinţa demnităţii factor de echilibru al personalităţii şi de eficienţă optimă a persoanei, I. ALEXANDRESCU — Iaşi 290

Elemente pentru o analiză conceptuală a problemelor de terapie şi consiliere preconjugală, conjugală şi familială, A. POPESCU — Bucureşti 293

Imagini ale bolii psihice în cadrul unor colectivităţi urbane, FLORICA BATRÎN — Arad 294

Slăbiciunile şi puterea psihiatrului, ST. KECSKEMETI, ALEXANDRINA KECSKEMETI — Oradea 301

Interinfluenţele dintre factorii psiho-socio-profesionali în patru secţii ale unei întreprinderi de tricotaje, GH. BALACEANU — Iaşi 302

Consideraţii cu privire la perfecţionarea relaţiilor interumane în întreprinderi industriale ieşene, IOANA MARIA GEORGESCU — Iaşi 305

Criterii privind selecţionarea, recrutarea şi promovarea absolvenţilor facultăţii de medicină pentru practicarea specialităţii de psihiatrie, C. POSTELNICU, V. HRIMIUC — Iaşi 307

Aspecte ergonomice şi psihosociale cu implicaţii asupra capacităţii de muncă şi stării de sănătate a muncitorilor în industrie, R. PETRUŞCA, AL. CĂLUGĂR — Iaşi 309

Studii comparative privind adaptarea femeilor şi bărbaţilor la munca în sistemul 3/8 cu rotaţie săptămînală, D. MOCANU, RODICA BALAN, C. SOLOMON, C. TEODORESCU, DOINA POPA, GH. BĂLACEANU — Iaşi 311

Cercetări psihofiziologice privind adaptarea femeii la munca în schimburi alternante GEORGETA MIHAIL, D. MOCANU, C. SOLOMON, DOINA POPA, C. TEODORESCU, FL. ILIESCU, GH. BĂLACEANU, MARIA RUSU, OLGA BEREZOVSCHI, GHIZELA MORGENSTEIN — Iaşi 312

Factori care condiţionează stările adaptative şi dezadaptative ale ţesătoarelor în cazul muncii în trei schimburi cu alternare săptămînală, GR. STAVRI, I. SILION, LIDIA ANTONIUC, AL. CĂLUGĂR, CORINA GALEŞANU, ŞTEFANIA DIMOFTE — Iaşi 314

Factori etiologici ai stressului şi monotoniei în munca la tablourile de comandă într-o centrală termoelectrică, GR. STAVRI, I. SILION, ANA COTRĂU, CORNELIA MIHALACHE, R. PETRUŞCA, M. PETRARU — Iaşi 316

Relaţiile dintre condiţiile psiho-socio-profesionale şi unele probe de persanalitate la femei, GH. BĂLACEANU — Iaşi 317

Rolul identificării în stările particulare de conştiinţă şi relaţiile lor cu activitatea infracţională, I. VARADI-GOIA, P. OPREAN — Borşa 318

Seminţele de canabis sativa L, soiul Krasno-darskaia 35, implicate în intoxicaţii alimentare, cu unele simptome nervoase, MARGARETA COCIŞIU, H. AIZICOVICI, M. COTRĂU, I. BUZDUGAN, L. NICHITA, C. SIMIONESCU, C. OANA, DRAGOMIRNA ALEXANDRU — Iaşi 320

Despre factorii psihopoluanţi şi unele probleme de integrare socio-profesională ale tineretului studios din municipiul Piteşti, VICTORIA IRIMIA, SPERANŢA POPESCU, LUCICA POPESCU — Piteşti 323

Cercetarea unor factori psiho-sociali ai suferinţei nevrotice în întreprinderea de confecţii Craiova, AL. OLARU, I. BALAN, MARIA POPESCU, MARIA RADUŢ — Craiova 325

Recuperare şi reintegrare — modalităţi şi posibilităţi actuale şi de perspectivă

Life Against Life: The Psychosomatic consequences of man-made disasters, I. BASTIAANS — Leiden 327

Dinamica şi tendinţele posibilităţilor recuperatorii în cazul bolilor psihice comparativ cu afecţiunile viscero-umorale la populaţia din întreprinderile municipiului Iaşi, P. BRÂNZEI, T. HOROPCIUC, LIDIA ANTONIUC, F. DAMATIRCA, RODICA GRADINARU — Iaşi 332

Resocializarea — Bilanţ şi perspectivă, V. PREDESCU, V. ANGHELUŢĂ, A. ROMILĂ, ANTOANETA COSTIN — Bucureşti 335

Rolul laboratorului de sănătate mintală în planul program de recuperare a bolnavului psihic, AURELIA SÎRBU, T. NEAMŢU, I. RUŞDEA — Cluj-Napoca 336

Rolul factorilor psihogeni în medierea mecanismelor implicate în astmul bronşic, I. LUNGU, CRISTINA IONESCU, MARIA ROMILĂ, V. MIHĂIESCU — Iaşi 338

Aspecte ale adaptării la locul de muncă la un grup profesional cu morbiditate crescută pentru boli psihice, ELENA BADEA — Bucureşti 339

Aprecierea, integrarea şi recuperarea handicapului socio-profesional în cadrul industriei chimice ieşene, P. BRÂNZEI, M. SELARU, I. CĂLUGĂRU, T. HOROPCIUC — Iaşi 342

Aspecte noi în studiul integrării socio-profesionale, GH. BĂLĂCEANU — Iaşi 344

Posibilităţi recuperatorii la bolnavii cu sindrom pseudobulbar şi tulburări psihice, E. NEMŢEANU, V. HRIMIUC, C. D. POPESCU, VIORICA MIHAILOVICI — Iaşi 345

Probleme neuropsihologice în reintegrarea socială a afazicilor traumatici şi vasculari, M. RUSU, VIORICA VASILIU, GH. SĂNDULESCU, AURORA STANCIU — Iaşi 347

Posibilităţi şi limite în recuperarea bolnavilor cu sindroame psihoorganice prin atrofie cerebrală, E. NEMŢEANU, V. HRIMIUC, VIORICA MIHAILOVICI, C. D. POPESCU — Iaşi 348

Preocupări privind recuperarea capacităţii de muncă şi reintegrarea angajaţilor afectaţi de maladii psihice din Combinatul de fibre sintetice Iaşi, V. HLIZA, A. CHIDUN, E. RACU. R. OUATU, RODICA ZAIM — Iaşi 350

Aspecte psihosomatice în boala ulceroasă, efectele psihosociale ale recuperării, I. LUNGU, AGRIPINA BOINGEANU, C. ROMANESCU, EUGENIA LUNGU, MARIANA BORCEA — Iaşi 352

Asupra unor factori psihosociali în etiologia stărilor nevrotice la întreprinderea confecţii Craiova, AL. OLARU, MARIA POPESCU, I. BĂLAN, MARIA RĂDUŢ — Craiova 353

Schizofrenul în producţie, T. HOROPCIUC, GEORGETA CHIRIAC, LIDIA ANTONIUC, RODICA GRADINARU, MARIA POPA, M. ŞELARU, OLGA HOROPCIUC — Iaşi 356

Eficienţa recuperării cu ajutorul neurolepticelor din grupa difenil-butil-piperidinelor, CS. E. CSIKY, GH. GRECU, K. SZÜCS — Tg. Mureş 357

Schizofrenia: Adaptare? Recuperare? S. DIACICOV — Bucureşti 359

Unele aspecte de profilaxie la bolnavii cu potenţial sau cu tentative de suicid în antecedente, GH. GRECU, P. BINDER — Tg. Mureş 362

Probleme de recuperare şi reintegrare la bolnavii cu tratament îndelungat cu litiu, CS. E. CSIKY, CLARA CSIKY, ERIKA KISS — Tg. Mureş 365

Consideraţii asupra externărilor provizorii ca mijloc de recuperare a bolnavilor psihici încadraţi în art. 114, cod penal, H. ARDELEAN. M. TOCUŢIU, M. SCHINEANU — Dr. Petru Groza 367

Consideraţii medico-sociale asupra reinserţiei productive a bolnavilor psihici, G. ZICHIL, V. CHIRIŢA, GABRIELA MARINESCU, I. TURCU — Bacău 368

Date privind recuperarea şi readaptarea în procesul muncii a bolnavilor psihici pensionaţi, T. HOROPCIUC, RODICA GRADINARU, MARIA POPA, C. POSTELNICU, M. ŞELARU — Iaşi 369

Observaţii clinico-statistice asupra morbidităţii psihice cu internare în judeţul Olt pe anul 1979, în virtutea eforturilor de adaptare, integrare şi recuperare a bolnavului mintal, P. BĂDOI — Slatina 371

Probleme și aspecte ale exercitării profesiunii de psihiatru de către medicii cu tulburări mintale, C. POSTELNICU, V. HRIMIUC, C. ROMANESCU — Iași 374

Studiul dinamic comparativ al incidenței psihosindroamelor nevrotice și viscero-umorale în sectorul textil din municipiul Iași, T. HOROPCIUC, M. ȘELARU, LIDIA ANTONIUC, OLGA HOROPCIUC, RODICA GRĂDINARU, GEORGETA CHIRIAC — Iași 376

Structura strategiei terapeutice în reintegrarea tinerilor cu tulburări de comportament (terapie medicamentoasă, consiliere, îndrumare), V. ANGHELUȚĂ, A. ELIAS, A. SEN — București 377

Locul și rolul fizioterapiei în îngrijirea bolnavilor psihici, C. I. MÂȚĂ, V. HRIMIUC — Iași 379

Bolnavul psihic în ipostazele asistenței medico-sociale, V. CHIRIȚĂ, MARIA RUSU, G. ZICHIL, GABRIELA MARINESCU, FL. TEODORESCU, I. TURCU — Bacău 381

Orientări și tendințe în psihoterapia contemporană, TATIANA DOROFTE, MIHAI GAȘPAR — Iași 382

Aspecte ale recuperării la un lot de psihotici tratați cu neuroleptice dépôt, O. LAZA, NICOLETA TATARU, VASILE VLĂDUȚ, EMÖKE KISS, N. VANDICI — Oradea 384

Psihoterapia familială de cursă scurtă la farmacodependenți cu tranchilizante minore, A. MUREȘAN, AURELIA SÎRBU, T. NEAMȚU — Cluj-Napoca . 386

Studiul catamnestic asupra evoluției recuperării și reîncadrării în muncă a bolnavilor schizofrenici tratați cu neuroleptice dépôt, M. MĂGUREANU, AL. TRIFAN, P. MIRONESCU, S. COSMA — Ilfov 387

Terapie psihotropă și recuperare în afecțiuni somato-psihice, I. LENGHEL — Sighetul Marmației 390

Un model decizional-euristic al procesului terapeutic prin modelarea în „mulțimi fuzzy“, TATIANA DOROFTE, D. BUTNARU, I. DOROFTE — Iași . . 391

Specificul intervenției psihoterapeutice în orientarea non-directivă, TATIANA DOROFTE — Iași 392

Rolul LSM în recuperarea bolnavilor schizofreni. Particularități, rezultate, ȘT. RÎNDAȘU, AURELIA SÎRBU, T. NEAMȚU — Cluj-Napoca 394

Considerații privind unele interferențe între medicina muncii și laboratorul de sănătate mintală, T. FRÎNCU, N. LAZĂRESCU, STELA FAUR — Arad . 395

Un criteriu obiectiv în evaluarea evoluției grupului psihoterapeutic, M. GAȘPAR, TATIANA DOROFTE — Iași 396

Căminul de pensionari — modalitate de asistență psihiatrică semiambulatorie, V. CHIRIȚĂ — Bacău 398

Familia pacientului psihiatric, AURELIA IONESCU — București 399

Relația psihiatru — medic de medicină generală în activitatea profilactico-curativă prin intermediul serviciilor extraspitalicești, V. CHIRIȚĂ — Bacău . . 403

Practica psihiatriei de ambulator; opinii contrare celor aflate în uz, A. S. IONESCU, M. CORNEA — Buzău 404

Date statistice privind activitatea psihiatrică ambulatorie în județul Bacău, V. CHIRIȚĂ, MARIA RUSU, G. ZICHIL, I. RAUS, I. CREȚU — Bacău . . 408

Neurolepticele de depozit în cadrul curei de întreținere în schizofrenie, AL. SECĂREANU, AURELIA SÎRBU, T. NEAMȚU — Cluj-Napoca 409

Considerații asupra unui screening psihiatric efectuat cu ocazia examenelor de angajare în cîmpul muncii la cabinetul de psihiatrie din policlinica industrială Iași, TH. HOROPCIUC, GEORGETA CHIRIAC, C. POSTELNICU, V. HRIMIUC — Iași 413

Terapia cu betablocante și anxioliza, RODICA MACREA — Cluj-Napoca . . 415

Date cu privire la unele particularități ale asistenței bio-psiho-sociale în procesul de recuperare a copiilor deficienți mintali din școlile ajutătoare, P. BOIȘTEANU, MARIA MAGDALENA BOIȘTEANU, M. ȘELARU — Iași . 417

Elemente de sugestie psihoterapică în recuperarea unor deficienți psihici, MARIA ZAHARESCU, IOLANDA MITROFAN — București 419

Ergoterapia de reantrenare, metodă specifică în evaluarea și recuperarea bolnavilor psihici, E. STANILOIU, A. BORCEA, E. IONESCU — București . 420

Recuperarea şi integrarea profesională a handicapatului mintal, MARIA HODOROABĂ — Iaşi . . . 421

Bolnavul psihic invalid şi psihologia situaţiei de boală: implicaţii în recuperare, IOLANDA MITROFAN, MIHAELA GHEORGHIU — Bucureşti . . . 424

Sănătate mintală şi asistenţă psihiatrică

Semnificaţia studiilor cohort în dinamica asistenţei psihiatrice la nivelul Bazei de studii pilot Euro-OMS „Socola“ Iaşi, P. BRÂNZEI, G. SIMOVICI, V. CHIRIŢĂ, I. INDRIEŞ, C. BARABOLSCHI, C. BORZA — Iaşi . . . 427

Psychiatry in the Federal Republic of Germany: the Situation after the „Enquete“ of 1975, F. REIMER — R. F. Germania . . . 429

Relaţia cost—beneficiu—eficienţă în dinamica asistenţei în centrul psihiatric Iaşi, P. BRÂNZEI, ADRIANA ŞARAMET, I. BRAHARU, MARIA CORNELIA CAFRIŢA—VULPE, V. CHIRIŢĂ, G. SIMOVICI, C. BORZA, I. INDRIEŞ, HERTA PARUŞ — Iaşi . . . 429

Psihiatria actuală — domeniu interdisciplinar de avangardă al medicinei contemporane, G. IONESCU — Bucureşti . . . 430

Dileme şi perspective ale psihiatriei contemporane, H. GOTTLIEB, C. ROMANESCU — Iaşi . . . 435

Dezvoltarea asistenţei medicale extraspitaliceşti a bolnavului psihic, I. LĂPUŞAN, GH. MEIU, P. CORTEZ, V. MIRONŢOV—ŢUCULESCU, MARILENA LUIZA SARMAŞAN—CORTEZ, A. BORCEA — Bucureşti . . . 437

Opţiuni de perspectivă, asupra etapei de asistenţă în spital a bolnavului psihic, T. PIROZYNSKI, N. PARUŞ, V. HRIMIUC — Iaşi . . . 438

Gîndirea prekraepeliniană a folosului ambulanţelor psihiatrice de astăzi, A. KOLCSAR — Salonta . . . 440

Semnificaţia stimulării paludice în psihoza hipotimică discordantă, P. BRÂNZEI, C. ROMANESCU, E. UNGUREANU, MARILENA SACHELARIE — Iaşi 441

Un model organizaţional—informaţional al „Laboratorului de Sănătate Mintală“, MARGARETA GEORGESCU, V. SZAKACS, G. RĂDULESCU, V. CRAINIC, L. ŞERBAN — Arad . . . 444

Conceptul preventional şi bolile psihice, GR. TEODOROVICI, A. IVAN — Iaşi . . . 447

Psihoprofilaxie şi personalitate, M. ŞELARU, DORINA BUCUR—ŞELARU, V. HRIMIUC — Iaşi . . . 448

Consideraţii cu privire la conceptul de normalitate psihică în perspectiva acţiunilor de apărare şi promovare a sănătăţii mintale, M. ŞELARU, H. GOTTLIEB, P. BOIŞTEANU, T. STAMATIN — Iaşi . . . 450

Realităţi şi perspective în psihiatrie, AURELIA SÎRBU — Cluj-Napoca . . . 454

Acţiunea supresivă a stării de adicţie la drog exercitată de un nootropic original (ASFA), P. BRÂNZEI, V. CHIRIŢĂ, P. BOIŞTEANU, CAROLA OFFENBERG, M. STANCIU, H. GOTTLIEB, MARIA CUŢU — Iaşi . . . 455

Semnificaţii prospective ale LSM în practica psihiatrică, V. HRIMIUC, CAROLA OFFENBERG, BEATA CATALINA VASACOS — Iaşi . . . 457

Rolul factorilor sociali în declanşarea şi evoluţia psihozelor endogene, A. MÜLLER — Aiud . . . 458

Probleme ale apărării sănătăţii mintale în mediul studenţesc, V. CHIRIŢĂ, I. TURCU — Bacău . . . 461

Consideraţii asupra tratamentului psihozelor post-partum, T. P. FRIEDMAN — Tîrnăveni . . . 463

Contribuţii la studiul clinic al efectelor terapeutice obţinute cu soluţii naturale hidroelectrolitice complexe, P. BRÂNZEI, V. CHIRIŢĂ, P. BOIŞTEANU, G. ZICHIL, MARIA CUŢU — Iaşi . . . 465

Criterii estimative de eficienţă a secţiei de psihiatrie, P. MIHĂESCU, R. N. PRIBOI — Galaţi . . . 467

Contribuţia sfatului genetic în profilaxia bolilor psihice, P. BRÂNZEI, FL. TEODORESCU, C. ROMANESCU, V. CHIRIŢĂ, M. COVIC, P. BOIŞTEANU — Iaşi . . . 469

Date privind semnificaţia patologiei diencefalice în clinica epilepsiei, M. ŞELARU, P. BOIŞTEANU, DORINA BUCUR—ŞELARU — Iaşi . . . 471

Socio-epidemiologia şi implicaţiile sale actuale, A. IVAN, GR. TEODOROVICI — Iaşi 472

Aspecte ale modificărilor operative ale gîndirii în epilepsie, P. BRÂNZEI, M. ŞELARU, N. COSMOVICI, P. BOIŞTEANU — Iaşi . . . 474

Utilizarea unui chestionar de evaluare a sănătății psihice (CESP) în unele colectivități din populația municipiului București, T. LOHAN, M. BEJAT, B. LUCACIU, A. POPESCU, VICTORIA LOHAN — București . . . 477

Aspecte relevate în zilele nelucrătoare la serviciul de recepție al Spitalului Clinic „Socola“ Iași în anul 1979, OLGA HOROPCIUC — Iași 484

Relația dinamică omnipractician—psihiatru în asistența medicală, P. BRÂNZEI, M. ȘELARU — Iași 485

Semnificația conceptului bio-psiho-social în studiul dinamic interdisciplinar al procesului muncii, M. ȘELARU, N. COSMOVICI — Iași 491

Modalități de inserție a tinerilor cu risc adaptativ instructiv-educativ și socio-profesional, P. BRÂNZEI, M. ȘELARU, N. COSMOVICI, P. BOIȘTEANU — Iași 492

Implicațiile diagnosticului de medicină generală în clinica psihiatrică, P. BRÂNZEI, I. GHERASIMESCU, M. ȘELARU — Iași 496

Dinamica dispensarizării bolnavilor psihici în municipiul Iași în perioada 1976—1979, P. BRÂNZEI, M. ȘELARU, BEATA CATALINA VASACOS — Iași . . 497

Dinamica morbidității meningo-encefalitei cronice difuze sifilitice în Moldova în perioada 1905—1980, P. BRÂNZEI, OLGA MORARU, C. ROMANESCU, C. POSTELNICU, P. BOIȘTEANU, P. CODREANU — Iași 500

Timp optim și performanță — elemente de diagnostic diferențial la bolnavii cu sindrom psiho-organic, V. ANGHELUȚĂ, S. COLLINO, S. ALEXANDRU — București 501

Retrospectiva pato-istorică privind dinamica p.m.d. în ultimul secol în teritoriul Moldovei, C. ROMANESCU, P. BOIȘTEANU, G. SIMOVICI, P. CODREANU — Iași 503

Aspecte clinice particulare în neurosifilisul contemporan, P. BRÂNZEI, C. ROMANESCU, P. BOIȘTEANU, P. CODREANU, OLGA MORARU, ELISABETA BERNESCU, CONSTANȚA OLGA MOISA, FL. TEODORESCU — Iași 505

Aspecte comparative privind evoluția clinică a schizofreniei în perioada 1905—1980, C. ROMANESCU, P. BOIȘTEANU, CAROLA OFFENBERG, P. CODREANU, — Iași 506

Schizofrenia — domeniu de controverse și certitudini, AURELIA SÎRBU, — Cluj-Napoca 507

Descendența schizofrenului, C. ROMANESCU, M. COVIC, FL. TEODORESCU, G. SIMOVICI, P. BOIȘTEANU, CONSTANȚA OLGA MOISĂ, P. CODREANU — Iași 507

Familia schizofrenului — Studiu clinico-genealogic, C. ROMANESCU, M. COVIC, FL. TEODORESCU, P. BOIȘTEANU, P. CODREANU, JENI STANCIU — Iași 508

Asupra unui caz de epilepsie pe fond de lupus eritematos diseminat, M. ȘELARU, VIRGINIA BARCOV, I. ȘTEFAN, P. BOIȘTEANU — Iași . . . 510

Clozapine (Leponex[2]) — ANEPS — free neuroleptic for treatment of acute schizophrenics, |O. MALLER|, M. MOSCOVITZ, P. FRIEDMAN — Israel . 512

Considerații asupra unor efecte iatrogenice ale tratamentului neuroleptic prelungit, M. MOSCOVICI — Israel 516

Aprecieri privind eficiența și efectele secundare în tratamentul bolnavilor psihici cu Haloperidol, N. PĂRUȘ, CAROLA OFFENBERG, GEORGETA ROTARU, M. STANCIU, DALILA ȘTIRBU — Iași 517

Criteriile O.M.S. — mijloc de precizare a diagnosticului și orientare terapeutică în schizofrenie, AURELIA SÎRBU, LIANA FODOREANU, AURELIA COZAC, EMILIA CATINAȘ — Cluj-Napoca 519

Considerații privind capacitatea de muncă și de readaptare socio-profesională a bolnavilor de epilepsie, M. ȘELARU — Iași 521

Considerații asupra activității patoplastice la un caz de schizofrenie, R. N. PRIBOI, ALEXANDRINA MIHALACHE, ROZALIA ACHIRILOAIE — Galați . 522

Interferențe clinice între epilepsie și schizofrenie, VIRGINIA FORTUNĂ, M. ȘELARU — Iași 524

Sindroame schizofreniforme posttraumatice, M. ȘELARU, L. BALLIF, C. BORZA — Iași 528

„Criza“ psihică și intervenția în criză, ILDIKO KESE — Cluj-Napoca . . . 530

Suicidul și problematica sa actuală în psihiatrie, AURELIA SÎRBU, LIA GLODAN, E. COSMAN — Cluj-Napoca 532

Actul suicidar în perspectiva motivațională. Conceptul de ambivalență, IRENE TALABAN, CORNELIA LAZĂR, C. BOGDAN, O. SIMU — București . 533

Considerații privind incidența sucidului în Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola“ Iași în perioada 1959—1979, P. BRÂNZEI, VIRGINIA FORTUNĂ, C. BORZA, M. T. LAUDAT — Iași 535

Contribuții la studiul influenței acidului sulfonamido-fenoxiacetic asupra tulburărilor neuropsihice, P. BRÂNZEI, OLGA MORARU, GH. M. BALAN, C. ROMANESCU, FLORICA STEVA — Iași 536

Studiul comportamentului amitriptilinei românești în depresii, P. BRÂNZEI, GH. M. BALAN — Iași 539

Psihosindroame de gestație și implicații bio-psiho-sociale, M. BALTARU, M. ȘELARU, SOFIA DUDEANU, GR. BALANOVSCHI, VIRGINIA FORTUNA, MARIA CUȚU — Iași 540
Semnificația aplicării psihoraterului în studiul psihosindroamelor la interferență cu normalitatea, M. ȘELARU, CARMEN TANGA-TCACIUC, MARIA COSMOVICI, N. COSMOVICI, P. BRÂNZEI, P. BOIȘTEANU — Iași 542
Simptomatologia actuală de „fațadă“ a bolnavului isteric, T. STRÎMBU, AURELIA SIRBU, A. SECAREANU, T. NEAMȚU, — Cluj-Napoca 545
Contribuții la studiul unor particularități de personalitate în psihosindroamele nevrotice, M. ȘELARU, ADRIANA COROAMA, DORINA BUCUR-ȘELARU — Iași 547
Comunitatea ca factor psihoterapeutic în experiența Laboratorului de sănătate mintală, DORINA BUGARIU, FLOAREA BESTE, ILDIKO GRASI — Cluj-Napoca 550
Sistem terapeutic psihiatric și axioterapie, M. LĂZĂRESCU — Timișoara . . . 552
Implicații psihopatologice în transporturi, M. ȘELARU — Iași 554
Incidența miopiei la un lot mare de bolnavi cu diferite afecțiuni psihice, OTILIA EUGENIA BACIU — Iași 556
Colonul iritabil și implicațiile psihosomatice, AGRIPINA BOINGEANU, I. LUNGU, V. ALUCAI, I. COBEȚ, AL. UNTU, ANCA UNTU — Iași . . . 558
Apărarea eului și manifestările acestuia în diverse maladii somatice, DOINA COMAN OLTEANU — București 559
Considerații cu privire la interferențele dintre afecțiunile somatice și patologia gastro-intestinală, C. I. MÂȚA, M. ȘELARU — Iași 562
Contribuții cu privire la statutul bolnavilor psihici supuși măsurilor de siguranță, C. POSTELNICU, V. HRIMIUC, A. AVASILCAI — Iași . . . 563
Normalitate și deviantă psiho-sexuală, RODICA MACREA — Cluj-Napoca . . 565
Considerarea factorului anxietate în examenul clinic al obezității la femei, MARIA PRIBOI, ALEXANDRINA MIHALACHE, R. N. PRIBOI — Galați . 567
Implicații psihologice în terapia protetică, C. MIHALACHE, M. ȘELARU, V. MULER, SILVIA MÂRȚU, P. ROMILĂ — Iași 569
Depresiile mascate — considerații pe baza unor observații clinice, RUXANDRA PACALA, C. COATU, I. MUNTEANU — Sibiu 570
Reflecții asupra terapiilor de șoc în psihiatrie, AL. OLARU — Craiova . . . 571
Dialogul în terapia comportamentală de grup, MIHAELA MANTA, D. BUTNARU — Iași 574
Sofromnezia — psihoterapie de scurtă durată, R. RICMAN — Timișoara . . . 575
Cîmp sofronic (schița unei ipoteze) R. RICMAN — Timișoara 577
Tulburări psihice grave la traumatizați cranieni de mică importanță cu sfîrșit letal prin hematom subdural, CASANDRA LUPESCU — Constanța . . 579
Aspecte ale asistenței copiilor psihici deveniți majori, P. MIHĂESCU — Galați . 580
Considerații de perspectivă asupra unor criterii ale asistenței psihiatrice, T. PIROZYNSKI, GH. SCRIPCARU, MIARKA PIROZYNSKI, V. HRIMIUC — Iași 583
L. S. M. — încercare de analiză instituțională. Echipa terapeutică și continuitate, ȘT. A. IONESCU — Buzău 585
Yoga și educația psihică a tineretului, LUDMILA GALIN — București 590

Structură și funcție în procesualitatea activității psihice

Problemès poses par la classification et la typologie des médicaments neuroleptiques, P. DENIKER — Paris 593
Achiziții recente privind efectele comportamentale ale peptidelor cerebrale, I. HĂULICA — Iași 601
Reflecții asupra interferențelor neuro-psihiatrice, GH. PENDEFUNDA, B. POLLINGHER — Iași 603
Cercetări privind biosinteza și rolul angiotensinei în creierul mamiferelor, I. HĂULICA, ANA STRATONE, GH. PETRESCU, VALERIA ROȘCA — Iași 606
Modificări lipidice, aspecte histopatologice și electrocardiografice la șobolani în cursul stressului, MARCELA DINU, A. SNEER, SOFIA DOLINESCU, ELENA DUGHIR — Iași 610
Modificările imunoglobulinelor serice la bolnavii schizofreni înainte și după tratamentul prin electroșoc, DOINA POPESCU, D. COLCERIU — Cluj-Napoca 612
Cercetări privind influența solicitării SNC asupra dinamicii excitabilității medulare, C. TEODORESCU, A. CRÎNGU, C. NEAMȚU — Iași 613

Interacțiuni medicamentoase cu ASFA, VIRGINIA BOBULESCU, S. DUMITRESCU, EMILIA BOTEZ — Iași 616

Influența unui nootropic deparabiotizant original, acidul sulfonamidfenoxiacetic, asupra duratei de supraviețuire a șobolanilor cu grefa de tumoră Guerin, P. BRÂNZEI, GH. M. BALAN, MARIOARA BALAN — Iași . . 618

Efectul produs de ASFA (acid 4 sulfon-fenoxiacetic) asupra limfocitelor în cultură, P. BRÂNZEI, FL. TEODORESCU, OLGA MORARU, R. DUDA, FLORICA STEVA, P. BOIȘTEANU, ANA VERDEȘ — Iași 619

Date cu privire la unele particularități de reactivitate e.e.g. la administrarea cofeinei, I. ȘTEFAN, M. ȘELARU, V. HRIMIUC — Iași 622

Date cu privire la explorarea metabolismului glucozei în psihosindroamele nevrotice, M. ȘELARU, L. BALLIF, OLGA MORARU, LORICA BORZA, MARIA BALȚATU, ADRIANA GAFENCU, VICTORIA TEOFĂNESCU, LIANA SEGAL, VIRGINIA FORTUNA — Iași 623

Relația între medicația neurotropă și metabolismul prostaglandinic, M. NECHIFOR, S. DUMITRESCU — Iași 625

Aspecte privind activitatea funcțională și bioelectrică a aparatului neuro-motor, corelate cu posibilitățile de adaptare a organismului la efort, V. RĂȘCANU, C. SOLOMON, C. TEODORESCU — Iași 627

Importanța oxigenoterapiei în performanță la probele psihometrice, OLGA MOLDOVAN, L. S. BRĂTUCU, AURELIA SÎRBU — Cluj-Napoca . . 629

Evaluarea nocivității asupra A.N.S. a unor compuși utilizați în industria chimică (DADB), prin cercetări morfologice și biochimice, MARIOARA BALAN, ADRIANA BADESCU, GIOCONDA DOBRESCU — Iași 632

Factorul psihologic în paradontopatiile marginale cronice, ANGELA HAIMOVICI, MARGARETA HRIMIUC, V. HRIMIUC, OLTEA BERBINSCHI — Iași 634

Răsunetul medicației psihotrope în sfera orofacială, MARGARETA HRIMIUC, V. HRIMIUC, ANGELA HAIMOVICI — Iași 635

Manifestări psihice în colonul iritabil, C. STANCIU, M. ȘELARU — Iași 637

Reactivitatea psihogenă în patologia unor afecțiuni buco-dentare, MARGARETA HRIMIUC, ANGELA HAIMOVICI, V. HRIMIUC — Iași 638

Modificări anatomopatologice hipofizare și ovariene în climacteriu, VERA PENCEA, GIOCONDA DOBRESCU, ADRIANA BADESCU — Iași 639

Modificări neuro-psihice în dezechilibrele hidroionice din ocluziile digestive înalte C. DOLINESCU, A. UNTURĂ, R. RAILEANU, C. PLEȘCA, C. DIACONU, CONSTANȚA IONESCU, FELICIA ROTEMBERG — Iași 640

Modificări psihologice în sindromul Klinefelter, M. COVIC, V. MIHĂESCU, V. ASTĂRASTOAIE, E. ZBRANCA, C. ROMANESCU, C. POSTELNICU — Iași 642

Tulburările psihice în leziunile vasculare ale emisferului nedominant (nevertebral), V. HRIMIUC, E. NEMȚEANU — Iași 643

Considerațiuni asupra sindromului neuro-psihic în tumorile de corp calos, GH. PENDEFUNDA, T. OBREJA, C. OPRIȘAN — Iași 645

Contribuții la studiul sexualității la vîrsta a treia, C. BOGDAN, CORNELIA LAZĂR, C. PUNGĂ, IRENE TALABAN — Iași 647

Psihopatologia disociabilității prin risc cronogenetic, T. PIROZYNSKI, MARIA POP, MONICA PLAHTEANU, V. HRIMIUC, I. INDRIEȘ — Iași . . . 648

Acțiunea in vitro a unor butirofenone asupra musculaturii netede uterine și ileale, S. DUMITRESCU, M. NECHIFOR — Iași 650

Tulburări neuro-psihice în intoxicațiile cu organo-fosforate cu evoluție subacută, E. NEMȚEANU, V. HRIMIUC, MARIANA GRAUR — Iași . . . 651

Contribuții la studiul clinic al epilepsiei posttraumatice, M. ȘELARU, V. HRIMIUC, — Iași 652

Sindromul neuro-psihic consecutiv electrocutării prin fulgurație, B. POLLINGHER — Iași 657

Tendințe psihonevrotice la bolnavul de t.b.c. pulmonară. I. ALEXANDRESCU, MINA AFRASINEI, SILVIA GHERGHE — Iași 659

Considerații privind raportul chimioterapie-psihoterapie în tratamentul nevrozelor, V. HRIMIUC — Iași 661

Semnificația hipoacuziei în patologia psihiatrică, M. ȘELARU, RODICA COSTINESCU, FLORICA GRIGORAȘ—IENICEANU — Iași 663

Particularități psihice ale bolnavilor ulceroși, M. ȘELARU, LĂCRĂMIOARA NEAMȚU, H. GOTTLIEB, V. HRIMIUC — Iași 668

Aspecte ale asociației morbide — boala psihică — boala ulceroasă, M. ȘELARU, LĂCRAMIOARA NEAMȚU, H. GOTTLIEB — Iași 672

Considerații cu privire la cerebrastenia posttraumatică, M. ȘELARU, D. COZMA, DORINA BUCUR—ȘELARU — Iași 676

Date corelative privind reoencefalograma la vîrstnici, CLEOPATRA PACIUREA — București . . . 679
Decesele prin cancer mamar și alte cancere într-un spital psihiatric, D. COSTA, E. MESTEȘ, A. COBAN — București . . . 680
Efectul clorpromazinei și haloperidolului asupra reologiei eritrocitare, D. COSTA, MARTA GHIȚESCU, I. MARCU, I. PASCU, EMILIA COSTA, MARIA VLADESCU, ELENA DUȚĂ — București . . . 682
Bolile neuro-psihice sînt în funcție de argonide grele ? D. IONESCU-PANTELIMON — București . . . 684
Observații experimentale privind transferul de informație biologică la distanță, D. M. CONSTANTIN — București . . . 685
Aspecte biofizice în psihotronică, E. CELAN — București . . . 687
Rolul factorilor genetici în structurarea comportamentului uman, V. ASTĂRĂS-TOAIE, M. COVIC — Iași . . . 689
Preocupări de genetică în atenția laboratorului de sănătate mintală, GR. RUSU, TR. BABOIA, R. N. PRIBOI, VIORICA BALEANU, ELENA MIHĂILĂ — Galați . . . 692
Aparatura electronică pentru testarea capacității individuale de percepere și transmitere extrasenzorială a informației, A. TIMOȘENCO, G. CONSTANTINESCU, A. RADU — București . . . 694
Metodă și echipament pentru investigarea și facilitarea instalării stării de relaxare în terapia unor afecțiuni neuro-psihice, G. CONSTANTINESCU, A. TIMOȘENCO, A. RADU — București . . . 696
Activitatea unor enzime ale gluconeogenezei din creierul și ficatul de iepure intoxicat cu S_2C, MARGARETA RUSU — Iași . . . 699
Semnificația unor cercetări în cancerul experimental (stimulare imună nespecifică prin mediatori chimici) în perspectiva stimulării deparabiotizante a structurilor cerebrale, MARIOARA BALAN, DOINA LUCA, SERAFINA ANTONIU, GH. BALAN — Iași . . . 700
Implicații medico-sociale asupra personalului feminin angajat în sectorul industrial, P. BRÂNZEI, M. ȘELARU, GH. BACIU — Iași . . . 702
„Para“ psihologia, un cîmp, un domeniu al biolectronomagneticii, K. BARTHA — Lipova . . . 703
Sistemul nervos : Biostructură și biocîmp în evoluția sa, D. BICHIȘ — București 705
Este sistemul nervos singura structură capabilă să prelucreze informații ? C. M. DUMITRIU — București . . . 708
Informația biologică în unele teste de toxicitate, MARIOARA GODEANU, V. BOGHEAN — București . . . 711
Longevitatea este în funcție de argonidele grele ? D. IONESCU-PANTELIMON — București . . . 712
Concepția bioelectromagnetică a materiei vii, K. BARTHA — Lipova . . . 713

Alcoolismul — implicații bio-psiho-sociale — al II-lea simpozion

Unele dileme ale toxicității etanolului, V. GALEA — Cluj-Napoca . . . 715
Date actuale privind implicațiile metabolizării etanolului, M. COTRAU — Iași . 717
Modificări ale metabolismului în condițiile dezechilibrului tiroidian experimental și a diabetului aloxanic, VERONICA COLEV, A. SNEER, ELENA DUGHIR — Iași . . . 720
Hipoglicemiile induse de alcool, D. LACATIȘ, GH. CREȚEANU — Iași . . . 724
Prevenirea și tratamentul alcoolismului, A. D. PETRESCU — București . . . 727
Rachiul de mere obținut prin distilarea sucului de mere fermentat, GH. IFTODE — Iași . . . 730
Vinul în viața omului, M. COTRAU, V. COTEA — Iași . . . 732
Vinul și organismul uman, I. PUȘCA — Panciu . . . 733
Propuneri privind adoptarea definițiilor băuturilor alcoolice în legislația preparării și comercializării lor, AL. I. IONESCU, ANA COTRAU — București — Iași . . . 736
Aportul determinant al gama-glutamil transpeptidazei în relevarea suferinței hepatice de natură etilică, M. COTRAU, P. BRÂNZEI, LIDIA IONESCU, V. HRIMIUC, N. PARUȘ, CAROLA OFFENBERG — Iași . . . 739
Dinamica și structura consumului de băuturi alcoolice în România, AL. I. IONESCU, P. IONESCU — București . . . 745
Interferența acetazolamidei (Ederen) în metabolizarea etanolului, MARIA PROCA, M. COTRAU, ELENA BUTNARU — Iași . . . 754
Producția, natura și calitatea băuturilor alcoolice ca factori determinanți ai alcoolismului I. GONȚEA, AL. I. IONESCU — București . . . 756
Prevederi privind combaterea alcoolismului în legislația românească din perioada 1915—1936, AL. I. IONESCU, M. COTRAU — București—Iași . . 760

Interacţiuni farmacologice ale etanolului pur şi a unor băuturi alcoolice indigene la nivelul muşchiului neted intestinal, C. O. MUNGIU, M. NICHIFOR — Iaşi 763
Consideraţiuni cu privire la unele aspecte clinico-nosologice şi epidemiologice ale alcoolismului la femei, M. BALTARU, GR. BALANOVSCHI, SOFIA DUDEANU, VIRGINIA FORTUNĂ — Iaşi 763
Aspecte psihice ale alcoolismului la femei, RODICA MACREA — Cluj-Napoca . . 765
Relaţii dinamice între gradul alcoolemiei şi manifestările psihice, P. BRÂNZEI, C. ROMANESCU, P. BOIŞTEANU, CONSTANŢA MOISĂ, G. SIMOVICI, FLORICA STEVA, FL. TEODORESCU — Iaşi 767
Particularităţile sindromului de abstinenţă alcoolică, N. PĂRUŞ, CAROLA OFFENBERG — Iaşi 768
Consideraţiuni asupra conceptului nosologic şi aspectului clinic actual al demenţei alcoolice, C. POSTELNICU, M. T. LAUDAT, MONICA-ELENA CHIRIAC — Iaşi 770
Conexiuni între etilismul cronic şi tulburări de personalitate, D. VLĂDESCU — Sibiu 772
Personalitate şi alcoolodependenţă, V. HRIMIUC, E. NEMŢEANU, R. CHIRIAC — Iaşi 774
Unele implicaţii ale alcoolismului în tentativele de autosuprimare şi observaţii legate de consumul de băuturi alcoolice în judeţul Mureş în ultimii 4 ani (1976—1979), GH. GRECU, P. BINDER, C. CEUCA — Tg. Mureş . . 775
Epilepsie şi alcoolism, M. ŞELARU — Iaşi 777
Semiologie neurologică în alcoolismul cronic. Studiu asupra 200 de cazuri internate în clinica psihiatrică Cluj-Napoca, AURELIA SÎRBU, DOINA POPESCU, D. COLCERIU, G. BICHER — Cluj-Napoca 784
Sindromul amiotrofic la etilicii cronici, E. NEMŢEANU, V. HRIMIUC, C. D. POPESCU — Iaşi 788
Traumatismele cranio-cerebrale în mediul familial şi importanţa etiologică a alcoolismului, M. RUSU, N. IANOVICI, AURORA STANCIU, H. ALDEA — Iaşi 789
Alcoolul ca factor etiologic al cardiopatiilor congenitale, M. HAIMOVICI, DOINA FELEA, VALERIA MAXIM, MARIA UNGUREANU — Iaşi 791
Implicaţiile cutanate ale alcoolismului, M. MUNTEANU, AL. DOBRESCU — Iaşi . 792
Manifestări bucale în clinica alcoolismului, MARGARETA HRIMIUC, ANGELA HAIMOVICI, V. HRIMIUC — Iaşi 794
Criterii diagnostice în beţia patologică, RODICA MACREA — Cluj-Napoca . . 795
Din trecutul luptei antialcoolice în România, M. COTRĂU, N. I. IOANID — Iaşi — Bucureşti 797
Contribuţii la istoria luptei antialcoolice, I. E. NAGHIU — Iaşi 798
Date ecologo-epidemiologice cu privire la incidenţa alcoolismului în municipiul şi judeţul Iaşi în ultimii 20 de ani, P. BRÂNZEI, P. BOIŞTEANU, FL. TEODORESCU, M. ŞELARU, V. CHIRIŢĂ — Iaşi 799
Studiu demografic privind alcoolismul în judeţul Bihor şi unele probleme medico-sociale legate de acesta, O. GIURGIU, V. VLĂDUŢ, O. LAZA, EMÖKE KISS, N. VANDICI — Oradea 800
Relaţii dintre date epidemiologice privind alcoolismul cronic în teritoriu, R. N. PRIBOI, P. MIHAESCU, I. POPA, I. MATACHE, VIORICA BĂLEANU, SOFIA SAVIN — Galaţi 803
Colaborarea dintre laboratorul de sănătate mintală şi serviciul circulaţiei în vederea reducerii implicaţiilor negative ale consumului de alcool la conducătorii auto, I. TURCU, G. ZICHIL, V. CHIRIŢĂ, GABRIELA MARINESCU — Bacău 804
Importanţa testării psihologice periodice a conducătorilor auto cu tendinţe alcoolofilice, V. HRIMIUC, R. CHIRIAC, M. ŞELARU — Iaşi 805
Aspecte epidemiologice în urgenţele psihiatrice la alcoolici, LIDIA NICA-UDANGIU, LUIZA MARILENA SARMAŞAN-CORTEZ, T. LOHAN, ŞT. NICA — Bucureşti 806
Alcoolismul juvenil, VIORICA DOBRE, LUCIA ALEXA — Iaşi 808
Embrio-fetopatia alcoolică, O. PAVEL, V. GHIRAN, ERIKA SCHULTZ, D. MUSCHEVICI, ILEANA BENGA, SEMPRONIA FILIPOIU, I. BOGDĂNESCU — Cluj-Napoca 809
Perspectiva reabilitării în alcoolomanii, V. HRIMIUC, E. NEMŢEANU, M. ŞELARU — Iaşi 811
Implicaţiile socio-familiale, socio-economice şi medico-profilactice ale alcoolismului. Studiu clinico-statistic, AURELIA SÎRBU, V. BAN, LIA GLODAN, S. BRATUCU, TR. NEAMŢU — Cluj-Napoca 812
Consideraţii asupra unor complicaţii neurologice în alcoolism, GH. PENDEFUNDA, B. POLLINGHER, FELICIA ŞTEFANACHE, C. OPRIŞAN, ŞTEFANIA LOGOFATU, RODICA PRODAN, ANTOANETA LUPU, S. CĂRĂULEANU — Iaşi 815

Dimensiuni ale tabloului psihopatologic în familia alcoolicului. Considerații clinico-genetice, FL. TEODORESCU, M. ȘELARU, M. STANCIU, VIRGINIA MARINESCU, P. BOIȘTEANU, V. CHIRIȚĂ — Iași 820
Aspecte psihopatologice, patomorfologice și biochimice în evoluția și tratamentul delirului alcoolic acut, N. PĂRUȘ, CAROLA OFFENBERG, M. STANCIU — Iași 822
Considerații privind rezultatele tratamentului parenteral cu soluții hidro-electrolitice cu grupări tiolice (SH) în alcoolofilie, P. BRÂNZEI, CAROLA OFFENBERG, N. PĂRUȘ, M. STANCIU, GEORGETA ROTARU, DALILA ȘTIRBU — Iași 824
Posibilități actuale în tratamentul și recuperarea bolnavilor alcoolici, AURELIA SÎRBU, LIA GLODAN, EMILIA CĂTINAȘ — Cluj-Napoca . . . 826
Tratamentul și readaptarea alcoolicilor, AURELIA COZAC, A. COZAC — Cluj-Napoca 827
Principiile și rezultatele terapiei complexe la alcoolici, TR. NEAMȚU, AURELIA SÎRBU, DOINA COSMAN, EMILIA CĂTINAȘ — Cluj-Napoca . . 829
Propranolul în tratamentul alcoolismului cronic, AURELIA SÎRBU, VIORICA AXENTE, LIA GLODAN, EMILIA CĂTINAȘ — Cluj-Napoca . . 831
Date preliminare privind tratamentul cu ASFA în predelirium și delirium tremens, P. BRÂNZEI, M. STANCIU, N. PĂRUȘ, CAROLA OFFENBERG, GEORGETA ROTARU — Iași 833
Modalități terapeutice în epilepsia „alcoolică“, V. HRIMIUC, E. NEMȚEANU, C. POSTELNICU — Iași 834
Hipnoza în tratamentul alcoolismului, N. DIACONESCU, V. PÎRVAN — București 835
Investigarea personalității alcoolicului prin intermediul testelor psihologice, SILVIA GHERGHE, CAROLA OFFENBERG — Iași 836
Probleme și aspecte actuale și de perspectivă ale recuperării etilicilor prin intermediul ergoterapiei, C. POSTELNICU, V. HRIMIUC, MONICA—ELENA CHIRIAC, MARIANA GRIBINCEA — Iași 838
Unele aspecte ale problematicii medico-sociale privind comportamentul aberant în alcoolism, N. PĂRUȘ, CAROLA OFFENBERG — Iași 839
Incidențe psihiatrice la conjunctura fenomenelor delincvenței și alcoolismului, MARGARETA GEORGESCU, R. VLASIE, C. RĂDULESCU, D. HĂRDUȚ, M. MIHU — Arad 840
Implicații socio-profesionale în consolidarea tratamentului alcoolicilor, LIANA FODOREANU — Cluj-Napoca 843
Observații pneumoencefalografice la bolnavii etilici, M. CZIMMERMAN, I. BAS, EMILIA BUSUIOC, E. BAS — Tulgheș 845
Tulburări psihice la copiii crescuți în familia alcoolică. Un studiu psiho-socio-familial la 78 copii din 42 familii, FL. BOGDAN, M. PLATON, C. WEBER, D. SOMOGY — Oradea 850
Considerații clinico-statistice asupra etilismului la mecanicii de locomotivă, I. CĂLINESCU — Galați 852
Sesiunea plenară de închidere 854
Concluziile sesiunii 856
Conclusions of the jubilee scientific session 858
Index de autori 860

DESCHIDEREA SESIUNII

Texte prescurtate

Petru Enache
Membru Supleant al Comitetului Politic Executiv al C.C. al P.C.R., Prim-secretar al Comitetului judeţean P.C.R. Iaşi, Preşedinte al Consiliului popular judeţean Iaşi

Manifestarea de astăzi, dedicată împlinirii a 75 de ani de existenţă a spitalului „Socola" — prima unitate modernă de acest gen, îmi oferă plăcutul prilej de a adresa colectivului de specialişti, celorlalţi oameni ai muncii de aici, dumneavoastră tuturor participanţilor un călduros salut din partea Comitetului judeţean de partid şi a Consiliului popular judeţean împreună cu urarea de a realiza în acest cadru un cît mai rodnic schimb de experienţă şi idei în domeniul atît de gingaş, de dificil şi de actual al medicinii căruia îi consacraţi întreaga dumneavoastră capacitate creatoare — sănătatea mintală.

Îngăduiţi-mi să apreciez că prin caracterul jubiliar al sesiunii ştiinţifice organizate cu acest prilej şi prin bogatul program subscris unei teme atît de generoase consacrată adaptării, integrării şi recuperării, această prestigioasă reuniune se constituie deopotrivă ca un fierbinte omagiu adus fondatorilor Şcolii de la Socola, continuatorilor valoroaselor tradiţii, cît şi ca un adevărat amfiteatru al ştiinţei contemporane. Reconstituind acel început de acum 75 de ani, ne simţim îndemnaţi să relevăm faptul că spitalul Socola a fost rezultatul unei acţiuni intense şi susţinute a intelectualităţii înaintate a Iaşului acelor timpuri, încununate de efortul, priceperea, devotamentul şi pasiunea aceluia care i-a fost ctitor, dr. Alexandru Brăescu, exemplu grăitor de umanism şi patriotism. Activitatea celor care au făcut din istoria spitalului de aici o luptă consecventă împotriva tuturor vitregiilor vremii, pentru progres şi echitate socială, au înscris în memoria timpului nume ilustre de medici şi savanţi patrioţi cum au fost profesorii Constantin Parhon şi Leon Ballif, a căror operă au dus-o mai departe şi cu devotament, colaboratorii şi elevii acestora, transformînd această prestigioasă unitate într-o autentică şcoală de medicină ieşeană şi românească. Dealtfel, putem spune că spiritul ştiinţific, înflăcăratul patriotism, pasiunea, dăruirea şi emulaţia generatoare de valori, au focalizat atenţia şi interesul unui mare număr de intelectuali care îşi desfăşurau activitatea în acea perioadă în centrul nostru universitar, realizînd în acest chip o efectivă corelaţie interdisciplinară.

Sînt bine cunoscute însă condiţiile grele în care s-a afirmat Şcoala de la Socola în primele ei decenii de activitate, inclusiv faptul că orientarea ei progresistă a stîrnit manifestări ostile din partea elementelor reacţionare cît şi încercări de a o desfiinţa, aşa cum s-a întîmplat în anii 1923—1925 şi mai apoi în 1940. Abia după cel de al II-lea război mondial, în anii construcţiei noii orînduiri sociale, cu deosebire în ultimul deceniu şi jumătate, slujitorii acestei instituţii de prestigiu de la Iaşi se bucură de sprijinul necesar şi atenţia cuvenită pentru strădaniile depuse, pentru munca închinată omului şi sănătăţii sale.

Apreciem astfel în mod deosebit meritul acestui colectiv în fundamentarea şi promovarea conceptului integrativ tridimensional bio-psiho-social, în punerea acestuia la baza întregii activităţi desfăşurate, formularea unor criterii dinamice de asistenţă profilactică şi curativă intra- şi extraspitalicească. Perfecţionarea metodologiei de lucru a condus la rezultate pozitive, de prestigiu, care se înscriu optimal la nivel mondial, producînd o adevărată revoluţie a asistenţei instituţionale, în sensul că se asigură astfel un randament sporit în ameliorarea bolii şi recuperarea socială a bolnavilor.

Înalte considerente de umanism sînt aici evidente. Sentimentul de demnitate umană şi utilitate socială obţinute prin folosirea remunerată a capacităţii bolnavului. Crearea condiţiilor favorabile de recuperare şi integrare în viaţa economică şi socială. Reţin în mod deosebit atenţia, succesele dobîndite pe linia recuperării bolnavilor prin intermediul ergo-socio-terapiei. Nu întîmplător realizările Laboratorului de sănătate mintală de la Iaşi se generalizează în întreaga ţară, iar metodele integratoare şi de ergonomie recuperatorie diferenţiată intră în cîmpul cercetării, fiind reţinută pozitiv pe plan european.

Nu întîmplător se vorbeşte despre această unitate, ca despre o şcoală modernă, ale cărei realizări stau în prezent la baza orientării activităţii din domeniu, aflîndu-se în acord deplin cu politica Organizaţiei mondiale a sănătăţii.

Nu întîmplător activitatea Spitalului Socola a devenit bază de studiu pilot EURO—OMS, înscriindu-se alături de alte succese remarcabile. Reprezentanţii Şcolii de la Socola au realizat în ultimii 15 ani în ţară şi în străinătate semnificative schimburi de experienţă, ceea ce a făcut ca ideile mari novatoare promovate aici să intre în circuitul naţional şi mondial al valorilor. În acelaşi context, remarcăm cu satisfacţie faptul că, în spiritul tradiţiilor sale, deterministe şi progresiste, şcoala ieşeană, s-a situat încă de la început pe poziţii didactice realiste, în abordarea problemelor teoretice şi practice, afirmîndu-se ferm refuzul împotriva agnosticismului inhibist şi propunînd un efort conjugat multidisciplinar în vederea prevenirii şi tratării bolilor nervoase.

Aşadar la cei 75 de ani de existenţă Şcoala de la Socola, se prezintă cu un remarcabil bilanţ creator ceea ce ne permite să-i omagiem pe toţi cei care şi-au adus contribuţia la importantele rezultate ştiinţifice şi practice menţionate.

Desigur, preţuirea cea mai înaltă pe care o putem exprima faţă de înaintaşi este modul în care ştim să aducem mai departe, generoasele idei ale acestor deschizători de drumuri în ştiinţa medicală. Măsura în care slujitorii de la Iaşi ai acestui domeniu se străduiesc să transpună în viaţă tot ceea ce azi reprezintă programul-directivă adoptat de Congresul al XII-lea al Partidului Comunist Român privind cercetarea ştiinţifică dezvoltarea tehnologică şi introducerea progresului tehnic în deceniul următor şi în perspectivă. Concepţia revoluţionară a Partidului nostru, a Secretarului nostru general, tovarăşul Nicolae Ceauşescu cu privire la rolul important al ştiinţei în dezvoltarea societăţii, mobilizatoarele sarcini puse în faţa ştiinţei româneşti, constituie pentru toţi cei angajaţi pe frontul apărării sănătăţii, un însufleţitor îndemn umanist spre o muncă şi mai rodnică spre alte rezultate de prestigiu naţional şi internaţional. În acest spirit axarea activităţii dumneavoastră de cercetare de menţinere şi întărirea sănătăţii fizice şi intelectuale a cetăţenilor cu prelungirea duratei vieţii active, trebuie să reprezinte în continuare direcţie şi scop al muncii cotidiene al fiecărui cercetător, medic, cadru didactic, al fiecărui specialist din cele trei domenii integrate conceptului la care ne-am referit. Rezultatele de pînă acum ne întăresc încrederea în forţele şi capacitatea valorosului colectiv de specialişti de aici. Este spre mîndria dumneavoastră, a continuatorilor de azi ai tradiţiilor Şcolii de la Socola să vă axaţi preocupările pe îmbinarea strînsă a cercetării ştiinţifice cu cerinţele vieţii, cu activitatea completă de organizare superioară a asistenţei medicale.

Cu convingerea că veţi amplifica strălucitele realizări de pînă acum, că veţi duce mai departe tradiţiile prestigioase ale instituţiei pe care o aniversăm şi ale înaintaşilor progresişti care au fondat-o şi care în cele şapte decenii şi jumătate de existenţă a spitalului au dat nepieritoare exemple de dăruire pentru sănătatea oamenilor, vă adresez din inimă îndemnul de a vă amplifica preocupările şi eforturile la cotele noilor exigenţe, spre a ridica spre noi trepte de afirmare instituţia în care vă desfăşuraţi activitatea şi şcoala ai cărei slujitori sînteţi, sporind astfel contribuţia proprie la progresul şi civilizaţia României, la schimbul mondial de valori.

Vă doresc din toată inima succese deosebite în cursul acestor două zile de dezbateri ştiinţifice, în întreaga dumneavoastră activitate, multă sănătate şi putere de muncă îndreptată spre binele, sănătatea şi fericirea omului.

Dr. Lidia Orădean

Ministru secretar de stat — Ministerul Sănătăţii

Mă simt deosebit de onorată şi real bucuroasă, că am ocazia să particip la o nouă pagină care începe astăzi în istoria Spitalului Socola.

În acest context, vă rog să-mi permiteţi, să transmit din partea conducerii Ministerului Sănătăţii, din partea prof. Eugen Proca ministrul sănătăţii, un adînc omagiu şi gratitudine colectivului spitalului Socola, care sărbătoreşte trei sferturi de veac consacrate unei impunătoare activităţi pe planul sănătăţii publice, a ştiinţei medicale, naţionale şi mondiale. Starea de sănătate, element primordial de bunăstare a omului, dezvoltarea armonioasă a populaţiei, constituie componente importante şi în acelaşi timp factori primordiali de realizare a ţelului suprem al politicii partidului şi statului nostru, creşterea continuă a bunei stări materiale şi spirituale a poporului. O populaţie sănătoasă, viguroasă, reprezintă premisa esenţială într-o participare activă şi eficientă a principalei forţe de producţie — forţa de muncă — la procesul dezvoltării economice, sociale şi culturale ale ţării şi permite în acelaşi timp oamenilor să se bucure din plin de roadele muncii lor, de cuceririle societăţii noastre socialiste. În înfăptuirea în practică a politicii sanitare, a politicii partidului şi statului nostru au contribuit şi contribuie direct întregul personal sanitar, toate unităţile sanitare de pe teritoriul ţării noastre. Printre acestea merită subliniat că spitalul Socola a corespuns unor nevoi stringente, fiind expresia exigenţelor moderne în asistenţa bolnavilor psihici. Trebuia neapărat depăşit la un moment dat în pragul secolului nostru acel sistem străvechi de îngrijire a alienaţilor constînd din izolarea lor în aşa-numitele azile.

Aceşti bolnavi trebuiau să beneficieze şi ei de o veritabilă asistenţă medicală capabilă să contribuie în măsura posibilităţilor epocii la recuperarea facultăţilor psihice şi la integrarea lor în viaţa socială. Acest lucru l-au înţeles primii titulari ai cursului liber de neuro-psihiatrie de la Facultatea de medicină din Iaşi, Alexandru Pastia şi Panaite Zosin şi mai cu seamă doctorul Alexandru Brăescu, care a militat cu rîvnă şi consecvenţă pentru construirea Spitalului Socola.

Poate fi semnalat în această privinţă ca un paralelism istoric între faptul că în preajma anului 1848 medicul ieşean Gh. Cuciureanu a făcut o călătorie de studii la Londra pentru a se documenta la faţa locului asupra celui mai modern tip de local spitalicesc în vederea proiectării unei noi clădiri a Spiridoniei, după cum doctorul Al. Brăescu avea să studieze peste o jumătate de veac cele mai bune clinici de psihiatrie din Europa în acelaşi scop.

Prezenţa prof. C. Parhon în conducerea Spitalului Socola timp de peste două decenii, s-a aureolat prin crearea aici a unei strălucite şcoli clinice ştiinţifice şi deontologice în cadrul căreia bolnavul era studiat dintr-un triplu punct de vedere: al psihiatriei, al neurologiei şi al endocrinologiei.

Aşa se face că Socola a devenit o fecundă pepinieră de cadre de înaltă calificare în toate aceste trei domenii care şi-au adus contribuţia nu numai în Moldova ci în întreaga ţară românească.

Nu putem însă uita că tot la Socola au găsit adăpost şi sprijin în anii de după primul război mondial numeroşi luptători comunişti şi democraţi urmăriţi de forţele represive. În acea perioadă aşezămîntul Socolii de la Iaşi era cunoscut sub numele de „SOCOLA ROŞIE".

Orientările ştiinţifice, imprimate de C. Parhon au fost continuate şi dezvoltate cu cinste de elevii săi prof. L. Ballif, Maria Briese, Zoe Caraman şi de alte distinse cadre universitare şi neuniversitare care au consolidat prestigiul şcolii medicale ieşene în contextul ştiinţei româneşti.

În anii noştri, strălucita şcoală ieşeană de psihiatrie a fost continuată şi consolidată, mult îmbunătăţită ca concepţie şi conţinut, de tov. prof. Petre Brânzei personalitate complexă de renume nu numai în ţara noastră ci şi peste hotare, care a ştiut să multiplice multiplele sale valenţe de om, de cetăţean, de medic şi de dascăl în folosul şi spre binele oamenilor sănătoşi şi bolnavi, a pus bazele moderne ale viitorului psihiatriei în cadrul relaţiei : adaptare—integrare—recuperare.

Conducerea ministerului, stimaţi participanţi la această importantă manifestare ştiinţifică şi istorică, este convinsă că Spitalul Socola v-a constitui şi în continuare o importantă verigă şi un eşalon medical valoros în domeniul sănătăţii publice. în rezolvarea sarcinilor medicale dificile şi deosebit de complexe ce revin reţelei de psihiatrie în recuperarea şi refacerea stării de sănătate a bolnavilor psihici, în reinserţia lor în viaţa socio-profesională.

Din partea conducerii Ministerului Sănătăţii, a ministrului Eugen Proca, a mea personală, felicit colectivul spitalului Socola remarcabilă instituţie din ţara noastră, şi urăm ca în condiţiile superioare oferite azi la noi în ţară de conducerea partidului şi statului nostru pentru ocrotirea sănătăţii populaţiei, să înregistreze noi şi importante succese în nobila activitate de apărare şi îngrijire a sănătăţii oamenilor, pentru toţi cei care le sînt daţi în grijă şi le urăm să înşire o nouă perlă la şirul de perle a cuceririlor culturale şi ştiinţifice în România şi peste hotare. Sîntem convinşi că în continuare colectivul Spitalului Socola, alături de întreg personalul sanitar al Iaşului, acest centru de veche cultură, ştiinţă şi istorie, va obţine noi succese, integrîndu-se alături de ceilalţi oameni ai muncii, în ceea ce ni se cere astăzi tuturor de către conducerea partidului şi statului nostru, personal de tovarăşul Nicolae Ceauşescu secretar general al partidului, preşedintele ţării noastre: să gîndim, să acţionăm şi să realizăm; să facem totul pentru a ajuta dezvoltarea şi înflorirea patriei, pentru a ajuta fericirea şi bunăstarea poporului român.

Oaspeţilor de peste hotare. le urăm un bun venit în ţara noastră. Prezenţa lor la această manifestare demonstrează încă odată că atunci cînd este vorba de ştiinţă şi de tot ce se face spre binele oamenilor nu există hotare, nu există depărtări, nu există lipsă de timp. Le urăm să aibă un sejur cît mai plăcut în ţara noastră, să profite de acest scurt răgaz pentru a ne cunoaşte direct realizările din ţara noastră, să aibă ocazia să schimbe idei nobile, inovatoare şi moderne cu distinşii specialişti din cetatea culturală ştiinţifică şi istorică a Iaşului.

Tuturor vă urăm sănătate, noi succese spre binele dumneavoastră şi a acelora care vă sînt daţi în grijă. Succes!

Acad. **Ştefan Milcu**
Vicepreşedinte al Academiei R.S.R.

În această zi de sărbătoare pentru acei ce sînt ataşaţi Spitalului Socola, sînt bucuros că mă găsesc în mijlocul dvs. şi că vă pot aduce un salut amical din partea Academiei de Ştiinţe Medicale. Un firesc sentiment de modestie mă face să nu-l adaug şi pe al meu.

Îmi amintesc cu emoţie şi cu starea sufletească ce mă stăpîneşte cînd ne întoarcem în timp, că am participat la Semicentenarul Spitalului Socola, cu acel ce a fost maestrul nostru iubit şi respectat, prof. C. I. Parhon, în a cărei viaţă şi operă, această instituţie a marcat o perioadă fecundă de realizări. Datorită acestui mare învăţat — medic, profesor şi patriot şi a elevilor săi, Spitalul Socola a dobîndit un profil caracteristic în psihiatria şi medicina românească, prin umanizarea tratamentelor şi transformarea lui într-un centru ştiinţific recunoscut internaţional.

Şcoala de la Socola a reuşit să dezvolte legăturile psihiatriei cu restul medicinii şi îndeosebi cu neurologia şi endocrinologia. Prof. Parhon a conferit acestei instituţii directivele de activitate începute încă de la Bucureşti în Clinica de Neurologie în primul deceniu al secolului nostru. Vom aminti astfel că s-a înfiinţat aici primele laboratoare de anatomo-patologie, de biochimie şi de fiziologie clinică. Au fost unele dintre ele premieră pe ţară cum este laboratorul de fiziologie clinică. A dezvoltat investigarea clinică şi învăţămîntul neurologiei şi psihiatriei într-o concepţie larg cuprinzătoare. Rezultatele obţinute printr-o activitate susţinută, valoarea lor şi fluxul continuu al cercetărilor au oferit un material care a susţinut şedinţele de comunicări ale societăţii de neurologie, psihologie, psihiatrie şi endocrinologie, oferite posterităţii prin tipărirea lor în Buletinul societăţii. Totul a fost realizat aici. Transferîndu-se la Bucureşti la catedra de endocrinologie a lăsat elevilor săi la Socola, o instituţie consolidată şi o misiune ce i-a onorat pe toţi în continuarea operei sale.

Mult stimate tovarăşe profesor Brânzei, aţi reuşit să daţi spitalului Socola noi dimensiuni în psihiatria românească, conferind tradiţiei la care ne-am referit directive noi, corespunzătoare epocii contemporane, reuşind în acest fel să realizaţi un centru de asistenţă şi de cercetare medico-socială în care se regăsesc într-un elan creator gîndirea inovatoare şi o impresionantă capacitate de rezolvare a problemelor puse de dramatica suferinţă a bolnavilor mentali.

Organizînd aniversarea a trei sferturi de secol de existenţă a Spitalului Socola, împreună cu elevii dvs., aţi dat un exemplu de respect al acelora ce l-au fondat şi generaţiilor ce au trudit să-i apere existenţa de-a lungul timpului. Din acest ultim punct de vedere îngăduiţi-mi să vă ofer fotocopia memoriului de protest adresat de prof. Parhon ministerului învăţămîntului care hotărîse în anul 1925 desfiinţarea Spitalului Socola. Este un document ce are multiple semnificaţii pentru o epocă şi pentru o mentalitate. Iată cum încheie prof. Parhon memoriul lui de protest semnat septembrie 1925: „...pentru ca Facultatea de medicină din Iaşi să nu fie lovită în însăşi existenţa ei, ceeia ce s-ar întîmpla dacă Spitalul Socola va fi desfiinţat". Iată cum considera prof. Parhon Spitalul Socola, nu un spital oarecare.

Am onoarea a vă încredinţa, această chestiune convinşi fiind că veţi face tot ce e necesar pentru a nu se distruge ceea ce s-a creeat în curs de ani cu multe sacrificii şi cu mari dificultăţi.

Iubiţi colegi, terminînd această scurtă evocare a unor evenimente din trecutul Spitalului Socola, vă transmit cinstirea ce vi se cuvine şi urări de noi şi multiple succese în activitatea creatoare în serviciul bolnavilor şi pentru progresul psihiatriei şi prin aceasta a medicinii în ţara noastră.

Acad. **Cristofor Simionescu**
Vicepreşedinte al Academiei R.S.R

Îngăduiţi-mi să-mi exprim respectul Academiei R.S.R., pentru instituţia pe care o sărbătorim, pentru împlinirea a şapte decenii şi jumătate de existenţă, pentru slujitorii ei de ieri şi de astăzi.

Raportînd public pentru această perioadă istorică scurtă, realizările de mare densitate care situează Spitalul Socola printre unităţile progresiste ale Iaşului şi ale ţării, creatori distinşi de cadre medicale activiştii săi distinşi pe tărîmul ocrotirii sănătăţii, trăiesc emoţiile recunoaşterii meritelor şi satisfacţia deplină a unei nobile datorii împlinite. Pentru Academia ţării Spitalul Socola înseamnă şcoala prof. Parhon, cu paginile sale de început în endocrinologie, marele avînt în psihiatrie şi neurologie, promovarea cercetărilor de vîrf în domeniul ştiinţelor medicale, gîndire originală şi pasiune pe un fond permanent de ţinută civică umanistă, de profundă afecţiune faţă de cauza progresului.

Prestigiul de care se bucură în ţară şi peste hotare acest aşezămînt spitalicesc, se datoreşte cu deosebire ideilor fundamentale stabilite de prof. Parhon, aplicate şi adîncite de succesorii săi prof. Leon Ballif şi prof. Petre Brânzei în jurul cărora s-au format și afirmat o întreagă pleiadă de medici și cercetători științifici de valoare.

Sînt cunoscute și prețuite etapele de necontenită ascensiune a cercetărilor medicale ieșene, desfășurate sub cupola acestei instituții, memorabile reuniuni, confruntări de idei, efervescența de spirit în relațiile internaționale și puternica pătrundere în viața socială a unei gîndiri complexe și curajoase privitoare la om și traumele sale psihice.

Spitalul Socola a devenit în anii socialismului un vast teritoriu de informații și schimb de opinii, proces caracteristic pentru știința contemporană, și dispune de un climat de puternică emulație, rod al unor nobile tradiții care dețin o însemnată pondere în istoria, în inima și conștiința poporului nostru, precum și a unei poziții actuale înaintate în deplin acord cu spiritul și cu frămîntările epocii.

Filiala din Iași a Academiei a beneficiat în ultimii ani, de aportul competent al oamenilor de știință din instituția sărbătorită și în principal al prof. Petre Brânzei în dezbaterea unei problematici de înălțime privitoare la impactul om—societate modernă. Și pe această cale publicul ieșean a putut să afle cît de profunde sînt mișcările care animă oamenii de știință din Spitalul Socola, din această mare școală, cît de complexe sînt temele interdisciplinar abordate.

Cu prilejul acestei aniversări de cinstire a unei mari opere bogate în fapte de progres, Academia țării se asociază tuturor instituților avansate care vă felicită din toată inima și vă urează conducerii, tuturor cercetătorilor, întregului corp medical, noi și importante succese, continuă și puternică afirmare pe tărîmul creației originale, învățămîntului medical și ocrotirii sănătății.

Dr. John H. Henderson

O.M.S. — Copenhaga

Am plăcerea și privilegiul de a aduce Spitalului Socola, la cea de a 75-a aniversare, salutul și cele mai bune urări din partea Organizației Mondiale a Sănătății. În particular am de transmis salutări personale din partea domnului dr. Lembow director general, dr. N. Sartorius — directorul Departamentului de Sănătate Mintală și din partea dr. Kaprio — director general al Biroului Regional Europa, care își cere scuze pentru neparticipare, din partea dr. Postiglione — director organizatoric, dr. A. Baert funcționar regional pentru Sănătate Mintală pe care-l voi înlocui luna viitoare.

Această ocazie îmi oferă prilejul de a mulțumi personalului Spitalului, personalului de Învățămînt și colegilor care au colaborat la lucrările Organizației Mondiale a Sănătății. Vreau să mă refer în special la contribuția Spitalului Socola ca una din bazele de studiu pilot pentru Sănătate mintală în Europa. Îmi permit ca prin Dumneavoastră, doamnă Secretar de Stat, să aduc mulțumiri Ministerului Sănătății care mi-a oferit ocazia, posibilitatea de a copera și colabora într-un spirit de fraternitate medicală în România. Avem la OMS un program pe termen mediu pentru Sănătate Mintală care nu surprinzător are printre obiective unul din obiectivele Conferinței : adaptare, integrare, reabilitare.

Aceste cuvinte în orice limbă simbolizează cu precizie conceptul modern al serviciilor de Sănătate Mintală. Avem intenția ca în această regiune să dezvoltăm colaborarea cu tot mai multe centre, nu numai în dezvoltarea serviciilor de Sănătate Mintală, nu numai în învățarea psihiatriei și neurologiei dar și unul care să trateze problematica copiilor. Teme ce se vor concretiza în viitor vizează sănătatea copilului, la Iași luîndu-se o inițiativă de a se deschide o stație pilot. Un alt aspect al programului de Sănătate Mintală este îngrijirea vîrstnicilor. Un domeniu de interes, de entuziasm, în lucrările care urmează să fie efectuate în aceste țări, asupra problemelor privind Sănătatea Mintală se referă la vîrstnici. O temă pe care o are în vedere deasemeni OMS este îngrijirea primară a sănătății după cum a fost prezentat și la Conferința de la Alma-Ata în 1978, proiectul pe termen lung „Sănătatea pentru toți pînă în anul 2000“.

Cu această ocazie îmi permit să vă ofer o nouă temă pentru Conferința Dumneavoastră și anume „Sănătatea mintală pînă în anul 2000“.

Cu aceste cuvinte închei și aduc mulțumiri pentru invitația făcută de a participa la această importantă manifestare științifică și vă felicit cu această ocazie.

Prof. Claude Veil

Sorbona — Paris

E necesar să mă exprim mai întîi în numele celor două organisme pe care am onoarea să le reprezint, astăzi, în fața Dumneavoastră. După cum cunoașteți, „l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales“ instituție depinzînd de Ministerul Universităților, este consacrată formării cercetătorilor în domeniul științelor sociale. Institutul Georges Heuyer, administrat de Centrul Regional pentru Copilăria și Adolescența Inadaptată, aflat sub controlul Ministerului Sănătății, este consacrat formării inițiale și formării continue de specialiști în acest sector.

Sînt însarcinat să transmit urările lor de fericită aniversare și de succese în muncă, și nu voi uita să le transmit mesajele atît de amabile pe care le-ați adresat lor prin intermediul meu.

Este pentru a treia oară cînd vin la Iași. Am socotit că, venind cam o dată la trei ani, voi mai face încă opt călătorii pînă ce se va sărbători centenarul spitalului „Socola“.

De ce revin mereu la Dumneavoastră ? Am, mai întîi, rațiuni emoționale și afective. Nu poți să nu fii frapat de natura generoasă a pămîntului care ne înconjoară, de natura generoasă a locuitorilor acestei regiuni, a căror deschidere față de străini o admir sincer. Am verificat-o din nou pe stradă, în piață, în locurile unde am fost ieri. Sînt fericit să număr în această sală mulți prieteni ; sînt atît de numeroși încît n-aș putea să-i numesc pe toți, așa că voi spune pur și simplu că mă simt aici aproape ca acasă. Acest lucru nu-i poate surprinde pe aceia care știu că francezii ajung repede să se simtă în largul lor în România, și cu atît mai mult medicii francezi la Iași.

Dar, firește, am și alte rațiuni să vin aici, rațiuni utilitare. Vin să mă instruiesc. Doctrina bio-psiho-socială nu e numai o poziție teoretică, ci și o realitate. Nu e numai o practică, ci și o gîndire.

Omagiez aici realitatea unei munci în echipă interdisciplinară, căci fiecare știe că e mult mai greu să realizezi decît să descrii sau să plănuiești.

Cred că se poate spune că sistemul de pregătire este, atît cît poate fi posibil, lipsit de orice segregație. Toți locuitorii provinciei pot beneficia de același tratament. Nu există doar, așa cum se întîmplă adesea în alte părți, pe de o parte un serviciu luxos iar în restul țării spitale de tip mai mult sau mai puțin carceral.

Și, fiindcă tocmai am vorbit de lux : observ aici o adevărată luptă pentru a crea și deține mijloace de a munci bine, dar fără nici o concesie facilității și fără a se arunca praf în ochi. Voi sublinia bucuros ceea ce mă frapează încă și mai mult : marea ingeniozitate desfășurată pentru a utiliza toate mijloacele disponibile.

Aș vrea să închei menționînd un aspect în bună măsură excepțional : raporturile în interiorul echipei. Aceste raporturi se caracterizează, după opinia mea, printr-o mare fluiditate a comunicațiilor, printr-o mare capacitate de ascultare și de răspuns, și prin eficacitatea deliberărilor. Fiecare își va da seama, și acest lucru nu se datorează întîmplării, că aceste observații trasează în același timp, într-un fel, un portret al profesorului Brânzei, pe care sînt fericit să-l omagiez cu acest prilej.

Acad. Vasile Pavelcu

Îmi permit acum, în încheiere, să aduc un scurt mesaj al psihologiei românești fiindcă legfăturile mele personale, întrec peste jumătate de secol. Îmi aduc aminte că, prin 1920, împreună cu prof. Petre Andrei am luat primul contact cu Spitalul Socola și de atunci m-am apropiat de întreaga atmosferă și concepția științifică de aici și cu toată stima pentru prof. Parhon, am continuat legăturile cu acest spital în așa măsură încît dealungul timpurilor și pînă astăzi, pot spune că mă simt aici ca la mine acasă.

Stima pe care am avut-o față de prof. Parhon și concepția sa, a făcut ca una din primele mele lucrări, din 1939, de Psihologie a personalității, un sfert de lucrare să fie bazată pe lucrările de endocrinologie a prof Parhon.

În această lucrare am început cu importanța vitaminelor apoi a glandelor endocrine, a sistemului nervos. De atunci și pînă acum nu pot uita că legăturile care le-am avut aici din timpurile studenției au făcut ca prof. Parhon să mă întrebe dacă n-aș fi dispus să fiu psiholog la Socola. Primul contact și prima realizare pe care a încercat să o facă prof. Parhon între psihiatrie și psihologie cu peste jumătate de secol în urmă. Asta m-a făcut ca în studiile mele de la Paris în psihologie să păstrez mereu contactul cu psihiatria. Acolo la Spitalul Sainte-Anne, am studiat cursurile lui George Dumas și apoi cursurile lui Pierre Janet care era psiholog și psihiatru. Venind în țară am continuat legăturile cu Socola cu prof. Ballif. Subliniez că aceste cursuri pe care le ținea prof. Ballif la Facultatea noastră de psihologie și filozofie mi-au permis cu toată cinstea să răspund cu cursurile mele de psihologie la Institutul de medicină. Astăzi mulțumesc prof. P. Brânzei pentru această înaltă distincție care mi-a acordat-o și pe care oconsider că e distincția făcută psihologiei românești prin mine. Cu această ocazie țin să subliniez un aspect care mi se pare fundamental al orientării Spitalului Socola : acest concept bio-psiho-social pe care îl regăsesc în lucrările mele personale și orientările psihologiei noastre, un aspect pe care Dvs. îl găsiți foarte bine precizat în Intinerarul psihiatric al prof. Brânzei și afirm că este vorba de o trecere, un salt calitativ care s-a efectuat în psihiatrie de la cămașa de forță, de la constrîngerea pacientului bolnav mintal la o atitudine de înțelegere, de compasiune, de contact ideo-afectiv pe care-l subliniază prof. Brânzei în Intinerarul psihiatric. Această deschidere reprezintă fundamentul întregii orientări științifice și umaniste a Spitalului Socola, a psihiatriei noastre și care se încadrează în contextul de astăzi a partidului nostru, a președintelui Nicolae Ceaușescu.

Eu aș încheia aceste cuvinte, ținînd totuși să remarc că în ultimul deceniu se observă și critici foarte puternice la adresa medicinii în general și a psihiatriei în special. Nu mai vorbim de acele aspecte ale iatrogeniei, care sînt adresate medicilor care crează bolnavi. Totuși aș putea spune că din punct de vedere dialectic nu sînt disprețuite, fiincă aceste contradicții marcante, în același timp subliniază creșterea enormă a responsabilității medicale în general și a psihiatriei în special, încît cu cît mai mare este responsabilitatea cu atît și greșelile pe care le pot efectua medicii pot fi mai grave.

Închei, stimat auditoriu, aceste cuvinte prin omagiul pe care-l adresez din partea psihologilor noștri, întregului colectiv a Spitalului Socola, directorului acestui spital, omagiu care în același timp este și o mărturisire a nevoii de colaborare cît mai strînsă dintre psihologie și psihiatrie. Așa cum noi psihologii ne coborîm pînă la adîncurile biologice ale existenței umane, tot așa sîntem obligați să ne ridicăm pînă la culmile personalității umane, la acele idealuri pe care le realizează întreaga societate, partidul nostru și întreaga noastră ideologie românească.

OPENING SESSION

Abridged texts

Petru Enache
Deputy Member of the Executive Political Committee
of the Central Committee of the Romanian
Communist Party,
Prime Secretary of Iași Committee
of the Romanian Communist Party,
President of the People's Council
of the County of Iași

This meeting dedicated to the celebration of the 75-th anniversary of the foundation of Socola Hospital — the first modern establishment of this kind, gives me the pleasant opportunity to address you all — specialists, working people, guests — a warm greeting on behalf of the County's Party Committee and the County's People's Council together with the wish of best turning into account of this fruitful experience and ideas exchange session in this delicate, difficult and modern branch of medical studies — the mental health — to which you all have devoted your whole creative powers.

Let me appreciate that due to the jubilee character of the scientific session organized on this occasion as well as due to the rich programme devoted to this generous theme of adaptation integration and readjustment, this creditable meeting is a warm homage paid to the founders of Socola School, the continuators of its most valuable traditions, as well as an important modern scientific debate. Recalling the beginning, 75 years ago, we feel obliged to point out that the foundation of Socola Hospital was a result of the tireless and continuous activity carried on by the progressist intelligentsia of the town led by dr. Alexandru Brăescu whose efforts, ability, devotion and commitment were a meaningful example of humanism and patriotism. The history of the hospital has been a permanent struggle against all the hardships of the time, for progress and social justice, and it has preserved famous names of patriots-medical men and scientists — such as those of prof. Constantin Parhon and prof. Leon Ballif, whose work has been carried further by their collaborators and students, turning this highly reputed hospital into an authentic medical school of both local and national importance.

The difficult conditions of the first decades of activity under which the medical school of Socola made itself known are well known. Only after World War II during the years of the new socialist order, and especially during the last fifteen years, could the representatives of this reputed institution enjoy the necessary support and due respect for their endeavours, for their work dedicated to public health.

We highly appreciate the contribution of this school to the substantiation and promotion of the bio-psycho-social three-dimensional integrative concept, which has become the basis of its whole activity, to the formulation of several dynamic criteria of prophylactic both intra and extra hospital curative care delivery. The improvement of the work in methodology has led to positive valuable results which can rank with any other results in the world, producing a real revolution in the institutionalized care, by ensuring an increased efficiency of the treatment and social readjustment.

Highly humanistic principles are obvious here. The feeling of human dignity and social usefulness are obtained by the remunerated use of patients' abilities, creating favourable conditions for recovery and social readjustment of patients by means of ergo-socio-therapy. Consequently, the results of the Mental Health Service of Iași are applied in the whole country, and the integrative methods and differentiated ergonomic readjustment methods ar the object of studies with good results on European scale.

This institution is known as a modern school, whose results lie at the basis of the planning in this branch, meeting the exigencies of the WHO policy.

Due to its remarkable activity, Socola Hospital has become study pilot area of the EURO-WHO. In the last 15 years the representatives of this school have contributed to significant experience exchanges in the country and abroad and their new ideas have known national as well as world circulation. At the same time, I am happy to say that following its own progressist and determinist traditions, the school of Iași, adopted from the very beginning realistic didactic positions in tackling theoretical and practical problems, firmly asserting its refusal to accept inhibitory agnosticism and pleading for a joint multi-disciplinary effort for the prevention and treatment of nervous diseases.

Thus, after 75 years, the Socola School has an outstanding creative tradition which offers us the opportunity to pay homage to all those who have contributed to the important scientific and practical results mentioned here.

No doubt, that the highest appreciation we can show to the forerunners is in the way through which we continue their generous ideas, the way in which the present-day specialists endeavour to put into practice the directing programme adopted at the Twelfth Congress of the Romanian Communist Party, regarding the scientific research, technological advance, the introduction of technical progress in the next decade and in the future. The revolutionary outlook of our Party, of our Secretary General, comrade Nicolae Ceaușescu, concerning the leading role played by science in the development of the society, the mobilizing tasks of the Romanian science ar for all those involved into the struggle for health protection an animating humanist stimulus towards an ever more fruitful work, towards other valuable results of national and international importance. The concetration of your research activity on the preservation and consolidation of the citizens' physical and mental health in the conditions of the prolongation of people's active life syan should be the daily task of every researcher, physician or member of the teaching staff, of every specialist in one of the three fields of activity which form the concept we mentioned. The results that have been obtained up to now make us confident in the power and the ability of this group of specialists. You, the inheritors of the traditions of the Socola School, should feel in duty bound to continue the activity for the close union the scientific research and the necessities of actual life with the activity for the superior organization of the medical care delivery.

Being deeply convinced that you will carry on the splendid results obtained up to now, that you will continue the prestigious traditions of the institution we now celebrate and of the progressist forerunners who laid its foundations and who in the seven and a half decades of existence of the hospital have set permanent examples of self-sacrifice for people's health, I urge you all, to intensify your efforts and concerns such as to meet the new exigencies, raising towards ever higher peaks the fame of the institution in which you work and of the school whose representatives you are, increasing your own contribution to Romania's advance and to the exchange of international values.

I wish pou all great succes during these two days' scientific debate, in your activity, good bealth and strength to work for man's welfare, health and happiness.

Dr. Lidia Orădean
State Secretary — the Department of Health

I feel particularly honoured and truly glad, to have the opportunity of taking part in a new moment written in the history of "Socola" Hospital.

On this occasion, let me address on behalf of the leaders of the Department of Health, of prof. Eugen Proca, Minister of Health, the sincere respects and gratitude deserved by the staff of the Socola Hospital who celebrate three quarters of a century devoted to an impressive activity in the field of the people's health, in the field of national and world medical science. Both the health condition, element of essential importance of man's welfare, and the balanced development of the population are important constituents and essential factors for the achievement of the highest objective of our party and state's policy, the continuous growth of the people's material and spiritual welfare. The health and robustness of the population represent the essential premise for an active and effective involvement of the part of the main productive force — the labour — in the economic, social and cultural development of our country and let the people fully enjoy the results of their work, the achievement of our socialist society. The whole medical staff, all the sanitary institutions of our country have made and make their contribution to the carrying out of our sanitary policy, of our party and state's policy. Socola Hospital has met some acute needs, being the embodiment of modern exigencies in the mental patients care. At a certain moment in the past, at the beginning of our century, a certain step forward had to be made from the treatment of the mentally alienated by isolation in the so-called asylums.

These patients had also to enjoy a real medical care able to contribute at a certain extent to the recovery of the physical aptitudes and to their reintegration in the social life. And this is what the first professors of the optional course in neuro-psychiatry at the Medical Department of Iași, Alexandru Pastis, Panaite Zosian and above all dr. Alexandru Brăescu understood and struggled for by means of setting up Socola Hospital.

At that time, about 1848, when dr. Al. Brăescu went to study for more than half a century in the best European psychiatric clinics dr. Gh. Cuciureanu from Iași made a study journey to London to gather material on the most up-to-date type of hospital building in view of planning a new building for "St. Spiridon" Hospital.

Prof. C. Parhon's presence at the head of the Socola Hospital for more than two decades, led to the creation of a remarkable clinical scientific and deontological school which studies the patients from three points of viewţ: psychiatric, neurological and endochrinological.

This is how Socola has becomes a fertile nursery for a highly-qualified staff in these three branches, who made their contribution not only in Moldavia but in the whole country.

We mustn't forget that Socola offered refuge and support to many communist and democratic fighters hunted by the repressive forces, in the years that followed World War I. At that time the Socola establishment was known as "Red Socola".

The scientific directions established by C. Parhon were carried on and skilfully developed by his students, prof. L. Ballif, Maria Briese, Zoe Caraman and other distinguished membres of the teaching staff or researchers who consolidated the prestige of the medical School of Iași as part of the Romanian science.

Nowadays, the remarkable psychiatric school of Iași is carried on and consolidated, consistently improved from the point of view of its outlook and contents by prof. Petre Brânzei, a well-known and many-sided personality famous both in the country and abroad, who knew how to exploit his diverse valences as a man, citizen, medical man and teacher for the benefit and the welfare of the healthy and diseased, who laid the modern bases of the future psychiatry, within the framework of the relation : adaptation-integration-readjustment.

Ladies and gentlemen, at this autstanding scientific and anniversary meeting the leaders of the Department are convinced that the Socola Hospital will continue to be an important unit and a valuable medical detachment in the field of public health in carrying out the difficult and most complex medical missions of the psychiatric care delivery system for the readjustment and recovery of the mentally diseased and their reintegration in the socio-professional life.

On behalf of the leaders of the Department of Health of the Minister Eugen Proca, I congratulate the staff of this outstanding nation institution, the Socola Hospital and I urge them to obtain new and important successes in the noble activity devoted to the protection and assistance of the people's health, of those under their care, and we wish them to add other pearls to the string of pearls that are Romania's cultural and scientific achievements.

We welcome the guests from abroad, their presence at this meeting proves once more that when science and people's welfare are in question, there are no borders, there are in limits there is no time waste. We wish them a pleasant stay in our country to benefit by this short while and get acquainted with our country's achievements, to profit by this exchange of noble, new and modern ideas with the scientists from the scientific and historical city of Iași.

We wish you all good health, new successes to your own good and to those you care for. Good luck!

Ștefan Milcu
member of the Academy
Vice-President of the Romanian Academy

On this solemn day, for all those who are attached to the Socola Hospital, I am glad to be among you and to giving you a friendly salute on behalf of the Medical Academy. Modesty naturally prevents me from adding my own salute.

I feel moved when I recall the time when I took part in the 50th Foundation Anniversary of the Socola Hospital, together with our beloved and respected master, prof. C. I. Parhon, in whise life and work this institution meant a period of fertile achievements. Due to this great scholar-medical man, teacher and patriot and to his students, the Socola Hospital adopted a characteristic line for the Romanian psychiatry and medicine by humanizing the treatments and by transforming the hospital into a reputed scientific centre.

The Socola School succeeded in developing the connections between psychiatry and general medicine and especially between psychiatry, neurology and endocrinology. Prof. Parhon granted this institution the activity directions begun at the Neurology Clinic of Bucharest in the firs decade of our century. Here were set up the first anatomo-pathology, bio-chemistry and clinical physiology laboratories. Some of them were the first of this kind in the whole country, the clinical physiology laboratory for instance. He developed the clinical investigation and both the neurological and the psychiatric teaching by giving them a widely comprehensive outlook. The results, their value and the consistency of the studies offered the necessary matter for the papers delivered at the scientific meetings of the neurological, psychological, psychiatric and endocrinological associations, and which were published in the association's bulletins. Prof. Parhon achieved here his personality. Getting his trasfer to the Department of Endocrinology of Bucharest, he left his students the Socola School — a solid institution and a moral obligation for them to continue his work.

Dear comrade prof. Brânzei, you have succeeded in giving the Socola Hospital, the Romanian psychiatry and the mentioned tradition, new directions in keeping with the demands of the contemporary age, you have made this hospital medico-social assistance and research centre characterized by creative impetus and an impressive competence in solving the problems of the mentally diseased's dramatical pain.

Celebrating the 75th Foundation Anniversary of the Socola Hospital, together with your students, you have set an example of respect for those who founded this hospital and for those who endeavoured to protect its existence. At this moment, allow me to offer you the photo-copy of the note of protest addressed by prof. Parhon to the Department of Education, which in 1925 decided to dissolve the Socola Hospital. It is an eloquent document for an age and for a mentality. This is how prof. Parhon concludes his note of protest in September 1935 : "...least the existence of the Medical Faculty of Iași be prejudiced, which would happen if the Socola Hospital were dissolved". Prof. Parhon had a high opinion of the Socola Hospital, ranking it above other hospitals.

I have the honour of committing this document to you, being convinced that you will do you your best not to distroy what has been achieved up to now in years of sacrifice and hardship.

Dear colleagues, concluding this short evocation of events connected with the Socola Hospital, I declare the esteem that you deserve and wish you new and great successes in your creative activity devoted to the diseased and the advance of psychiatry and of medicine in our country.

Cristofor Simionescu
Member of the Academy
Vice-Presedent of the Romanian Academy

Let me express the respect that the Romanian Academy has for the institution whose 75th Foundation Anniversary we are celebrating, for its past and present representatives.

On the occasion of the public account of its historically short activity, of the remarkable achievements which rank the Socola Hospital with this town's and the country's progressive units, its distinguished medical staff, its distinguished health protectors have the satisfaction of getting the recognition of their merits and their fulfilled duty. For the Romanian Academy, the Socola Hospital means prof. Parhon's school, pioneer studies in endocrinology, the advance of psychiatry and neurology, the promotion of top medical studies, original thinking, and passion, everything based on a permanent humanist civic conception, on the belief in progress.

The high reputation that this hospital enjoys both in the country and abroad, is especially due to the fundamentals laid by prof. Parhon, applied and increased by his successors, prof. Leon Ballif and prof. Petre Brânzei, around whom a true pleiad of distinguished medical men and scientific researchers has formed and asserted themselves.

The permanent improvement of the medical studies done in this institution, the memorable meetings, the idea exchanges, the spiritual effervescence characterizing the international contacts, the penetration in the social life of a complex and courageous conception concerning man and his psychic trauma are all known and held in high esteem.

The Socola Hospital has become during the socialist years, a wide territory for inquiry and opinion exchanges, undergoing a characteristic proces of the contemporary science and enjoying a climate of high emulation, as a result of both noble traditions which hold a remarkable room in our people's history, heart and conscience and the progressive position in keeping with the spirit and the causes of the age.

The Iași branch of the Academy has benefited from the competent contribution of the scientists from the now celebrated institution and especially from prof. Brânzei's contribution to the discussion of a special topic concerning the impact of modern society on man. On that occasion, the public of Iași had one more opportunity to see how deeply the scientists of the Socola Hospital, of this great school were commited, how complex the inter-disciplinary topics discussed were.

On the occasion of this Anniversary which honours a rich and progressive activity, the National Academy joins all the other institutions in sincerely congratulating you and in wishing the management, all the researchers, the whole medical staff, new and important successes, permanent and extensive recognition in the fields of original creation, medical teaching and scientific research.

Dr.John Henderson
World Health Organization — Copenhagen

I have the pleasure and the privilege of conveying to the Hospital ”Socola“ on the occasion of its 75th Anniversary the greeting and good wishes from the World Health Organization.

In particular I have personal greetings from dr. Lembow the Director General, from dr. Sartorius, the Director of the Division of Mental Health, and from the Regional Office for Europe, from dr. Kaprio, Regional Director who has sent his personal appologize for not being able to be with you, from dr. Postiglione — Director of Programmes and from dr. Baert, Regional Officer for mental health whose position I will be taking next month.

The occasion also offers an opportunity for me to thank to the staff of the hospital, the teaching staff, to the collaborators who have participated in joint collaborative exercise with WHO.

I want to make particular refferences to the contribution of Socola Hospital as one of the Pilot Study Areas for Mental Health in the European region. It gives me an opportunity, too, through you. M-me Secretary of State, to thank the Ministry of Health for the collaboration which has offered us the opportunity to cooperate and collaborate with the medical fraternity in Romania. We have in the WHO a major term mental health programme which, not suprinsingly has among its objectives those of the theme of the Conference namely : Adaptation, integration and rehabilitation.

I think these words, in any language symbolise, precisely, the modern outlook of mental health services. We have in the region the intention to develop further our collaboration with progressive centres, not only in the development of mental health services, not only in the teaching of psychiatry and the neurosciences but also, now, in centres where children are of concern. Child mental health and psycho-social development in area where I know, already there are innovation workers in Romania and we look forward to further collaboration in that field. Another aspect of our mental health programme is care for the elderly, and, again, one is aware of the interest, the enthusiasm, and the original works which are being carried out in this country, on problems concerning mental health in the elderly.

It is now a historic occasion of the Alma Ata meeting in 1978 to which all countries in the world pledged the committment to primary health care.

This gives in a new approach somewhat innovative, somewhat challenging and again it symbolizes the intitution to the community, to the people themselves. And this work is already under way and we look forward to sharing with you again this experience. This is an important aspect from our work because it gives the real approach to the decoration of the WHO towards the achievement of Health for all for the year 2000.

With that slogan, I would like to add an additional theme for the Conference namely : "Mental health for all by the year 2000".

And with this closing words of warm congratulation and felicitations on this famous occasion, I thank you very much !

Prof. Claude Veil
Sorbonne — Paris

Il convient que je m'exprime d'abord au nom des deux organismes que j'ai l'honneur de représenter devant vous ce matin. Ainsi qu'il vous a été dit, l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, établissement dépendant du Ministère des Universités, est consacrée à l'enseignement de la recherche en Sciences Sociale. L'Institut Georges HEUYER, géré par le Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées sous le contrôle du Ministère de la Santé, est consacré à la formation initiale et à la formation continue de professionnels de ce secteur.

Je suis porteur de leurs voeux de bon anniversaire et de bon travail, et je ne manquerai pas de leur transmettre fidèlement les message très animables que j'ai reçus ici à leur intention.

C'est maintenant la troisième fois que je viens à IASI. J'ai compté que, en continuant à raison d'une fois tous les trois ans en moyenne, on peut prévoir encore huit voyages d'ici les fêtes de célébration du Centième anniversaire de l'hôpital SOCOLA.

Pourquoi ce retour asuprès de vous ? Les raisons en sont d'abord émotionnelles et affectives. On ne peut manquer d'être frappé par la nature généreuse de la terre qui nous entoure, la nature généreuse aussi des habitants de cette région dont j'admire bien sincèrement l'ouverture aux étrangers. Je l'ai encore vérifié dans la rue, sur le marché, où j'étais hier. Je suis heureux de compter dans cette salle beaucoup d'amis ; ils sont si nombreux que je ne saurais les nommer tous, alors je dirai simplement que je me sens ici un peu comme à la maison. Ceci ne saurait surprendre ceux qui savent que les Français sont vite mis à l'aise en Roumanie, et encore davantage les médecins Français à IASI.

Mais bien sûr j'ai aussi d'autres raisons de venir, des raisons utilitaires. Je viens m'instruire. La doctrine bio-psycho-sociale n'est pas seulement une position théorique, c'est aussi une réalité. Ce n'est pas seulement une pratique, c'est aussi une pensée.

Je salue ici la réalité d'un travail en équipe pluridisciplinaire alors que chacun sait combien c'est plus difficile à réaliser qu'à décrire ou qu'à souhaiter.

Je crois que l'on peut dire que le système de soin est aussi exept de ségrégation qu'il a été possible. Tous les habitants de la province ont vocation à bénéficier des mêmes conditions de traitement. L'on n'a pas seulement, comme trop souvent ailleurs, d'un côté un service luxueux et dans le reste du pays des établissements de type plus ou moins carcéral.

Et justement, puisque je viens de parler de luxe : je perçois ici un véritable combat pour créer et obtenir les moyens de bien travailler, mais sans aucune concession à la facilité ni aspersion de poudre aux yeux. Je soulignerai volontiers ce qui me frappe peut-être encore davantage : la grande ingéniosité qui est déployée pour utiliser tous les moyens concrètement disponibles.

Je voudrais terminer par la mention d'un aspect assez exceptionnel ţ les rapports à l'intérieur de l'équipe. Ces rapports sont caractérisés me semble-t-il, par une grande fluidité des communications, par une haute capacité d'écoute et de réponse, et par l'efficacité des délibérations. Chacun s'avisera, et ce n'est pas le fait du hasard, que ces remarques tracent aussi, en quelque sorte, un portrait du Professeur BRÂNZEI à qui je suis heureux de rendre hommage à cette occasion.

Vasile Pavelcu
member of the Academy

I remember that, about 1920, together with prof. Petre Andrei I first came into contact with Socola Hospital and since then I have enjoyed its atmosphere and shared its scentific outlook and, due to the high opinion I had of prof. Parhon, I kept permanently in touch with this hospital so that I can say that here I feel at home.

The high opinion I had of both prof. Parhon and his outlook can be seen in the fact that a quarter of one of my first papers, from 1939, dealing with the Psychology of Personality, were based on prof. Parhon's studies of endocrinology.

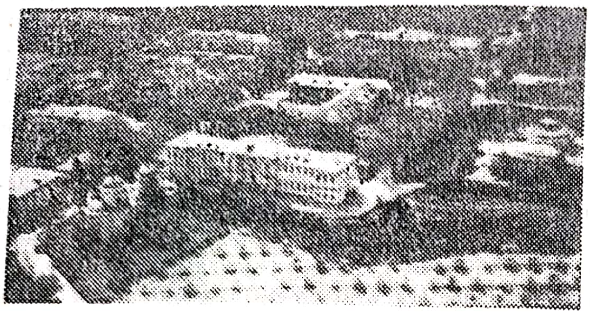
In that paper I dealt with the importance of vitamins, of the endocrine glands, and of the nervous system. I can't forget that, my connections as a student with his hospital, determined prof. Parhon to ask me whether I should have liked to become a psychologist here. This was the first contact between psychiatry and psychology that prof. Parhon tried to establish more that half a century ago. It made me keep in touch with psychiatry during my studies in Paris At the Sainte-Anne Hospital, I attended George Dumas' lectures and then the lectures of Pierre Janet, who was both a psychologist and a psychiatrist. After I came back home I kept in touch with the Socola Hospital through prof. Ballif. I feel obliged to say that in exchange for prof. Ballif's lectures at the Faculty of Psychilogy I had to deliver lectures in psychology at the Medical Institute. Today, I'm expressing my gratitude to prof. P. Brânzei for the decoration that I was given, and which I consider to be given to the Romanian psychology. On this occasion I feel in duty bound to stress a question which I consider to be of fundamental importance as far as the orientation of the Socola Hospital is concerned : this bio-psycho- social concept which is present in my own studies and in the orientations of our psychology, an outlook which is clearly defined in prof. Brânzei's Psychiatric Review and which I consider to be a step forward, a qualitative leap made by psychiatry from the use of the strait jacket and the compulsion of the mentally diseased to an understanding, compassionate attitude, to an ideo-affective relationship, as shown in prof. Brânzei's Psychiatric Review. This view represents the basis of the whole scientific and humanist outlook of the Socola Hospital, of our psychiatry, and it is in perfect keeping with the Party's and President Nicolae Ceaușescu's ideas.

I wouldn't like to finish my speech before remarking that during the last decade very sharp criticisms of medicine and psychiatry in particular, were made, to say nothing of certain aspects of iatrogenesis, addressed to doctors who create diseased. From a dialectical point of view, we shouldn't despite all these criticisms because they show the existence of marked contradictions and at the same time they stress the enormous increase of the responsability borne by medicine in general and by psychiatry in particular. The greater the responsability, the greater the mistakes doctors can make.

Honoured audience, I conclude this speech paying the psychologists' homage to the whole staff of the Socola Hospital, to the head of this hospital, homage which means an avowal of the necessity for cooperation between psychology and psychiatry. We, the psychologists must go deep to the biological profoundness of nature, of the uman existence and to rise to the heights of human personality, to the ideals achieved by the whole society, by our Party, by our Romanian ideology.

SEQUENCES DE LA VIE DE L'HOPITAL DE „SOCOLA" OU L'AVENIR DE LA PSYCHIATRIE: ADAPTATION—INTEGRATION—REHABILITATION

par P. Branzei



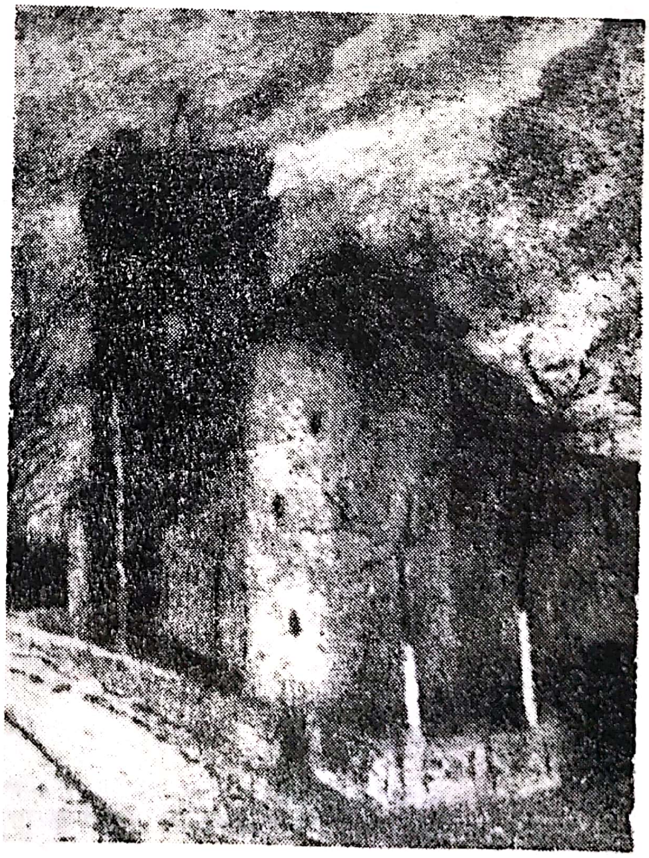
La perspective de l'hôpital „Socola", avec ses éléments architectoniques en style moldave, groupés dans l'ambiance calme des vergers et des collines de Bucium de Iași, révèle la signification que ses fondateurs ont acordée à l'influence du milieu sur la santé.

Le commencement de l'activité de l'hôpital de Socola[*]. La fondation de l'hôpital de „Socola", situé sur les collines de Iasi, qui portent le même nom, nous appelle à ressusciter des gens et des faits qui se sont déroulés dans ces endroits-ci dés le moment où le docteur Alexandru Brăescu — Moldave originaire de Zeletin, licencié exceptionnel de la Faculté de médecine de Iasi — a dressé, à titre de directeur fondateur, l'inscription votive du premier établissement de psychiatrie construit en Roumanie, action achevée grâce à la volonté des intellectuels progressistes de Iasi, et dont la construction a commencé en 1877 et a été terminée en 1899; son entrée en service a été retardée (les causes en sont nombreuses[**]) jusqu'au 12 octobre 1905.

„Avant l'inauguration de l'hospice d'aliénés de Socola, le Conseil d'administration (l'Epitropie) avait ses installations pour les aliénés au Monastère de Golia, Monastère de Neamţ, Monastère d'Adam. Auparavant ces hospices étaient financés, le premier par le Monastère de Golia, les deux autres par l'Etat, mais à cause des mauvaises conditions ils ont été mis sous l'administration du Conseil d'administration (Epitropie) de Saint Spiridon: l'hospice de Golia en 1861 avec la subvention de 530 galbeni et les hospices de Neamţ et d'Adam en 1866.

L'hospice du monastère d'Adam a fonctionné jusqu'en 1884 quand les aliénés ont été concentrés à Golia. Cet hospice, tout comme celui de Neamţ, a fonctionné ensuite jusqu'en 1906, quand tous les malades ont été internés à Socola.

Le 28 août 1891, les Conseillers (épitropes) A. D. Holban, Eug. Ghica-Budesti et Gr. Ghica-Deleni envoient au Ministère de l'Intérieur une note officielle où l'on décrivait en détail l'état déplorable de ces hospices, note à laquelle le Ministère demande au Conseil une liste des subventions que les villages de Moldavie accordent à ces malades. Alors, le Conseil répond qu'aucun village de Moldavie n'accorde de subventions, hormis le département de Iasi „qui a décidé d'inscrire formellement la somme dérisoire de 500 lei par an, tandis que le soin d'un malade vaut 877 lei par an".



Eugen Ştefan Bouşcă: „Les murailles de Golia", 1965.

---

[*] La toponymie de „Socola" suggère que dans ces lieux aurait jadis vécu des faucons agiles (des „socoli") dressés pour la chasse par de braves fauconniers, dont le nom a persisté dans cette région jusqu'à nos jours (Iorgu Iordan, dans *Toponymie roumaine*, Ed. Acad. R.P.R., 1963, considère que le toponyme „Sokol" doit être pris pour une „création roumaine"). Ce sont des lieux qui dégagent un parfum d'histoire tragique; c'est ici qu'en 1572, Sultana Doamna, la fille d'Alexandru Lăpuşneanu, en prenant le voile, a fondé le monastère de Socola près de Iasi dans le „bois", monastère qui en 1803 est devenu, grâce à Veniamin Costache, Séminare, la première école supérieure en langue roumaine, dont les cours ont été suivis jusqu'en 1884 par 3 000 élèves, la plupart ayant occupé par la suite des fonctions professorales et ecclésiastiques, d'autres dans les différents domaines juridiques, administratifs et militaires. (C. Erbiceanu, *Histoire du Séminaire Veniamin du monastère de Socola*, Ed. Iasi, 1885). Ce sont des lieux où vers le milieu du siècle passé, se réunissaient les patriotes unionistes et les armées des Principautés roumaines, en 1859.

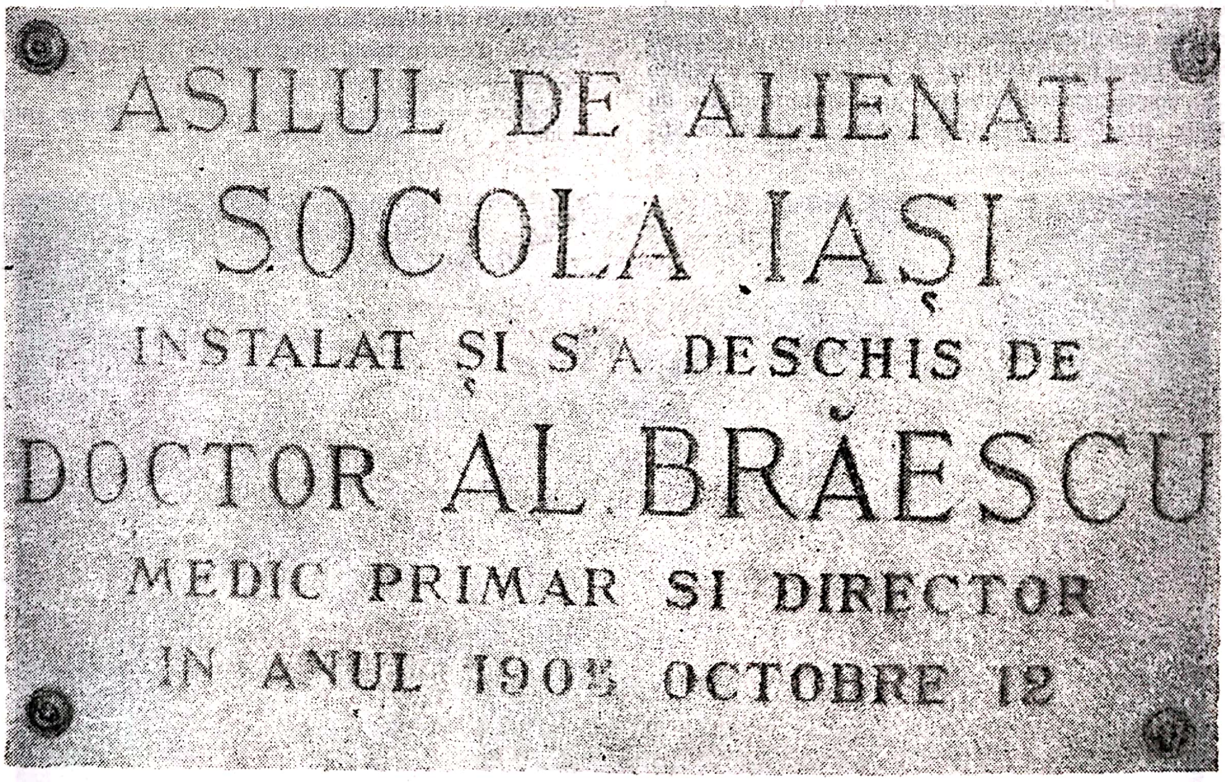
[**] Al. Braescu, *Comment sont vus et assistés les aliénés en Roumanie*, Tip. „Dacia", Iasi, 1903.

A la suite de nombreuses insistances, l'Etat construit à Socola sur la place où avait été autrefois le Séminaire Veniamin et ensuite l'Ecole des métiers, *l'hospice d'aujourd'hui, construction en système pavillonaire, d'après toutes les indications modernes pour le classement et le traitement des maladies nerveuses.*

A partir du 1 novembre 1918 l'hospice de Socola est passé sous la tutelle de l'Etat. A cette date l'hôpital comptait 184 malades" *.

En nous ingéniant de faire revivre ces commencements et en exceptant le peu qui a été écrit par Gh. Băileanu ou bien les informations que nous avons réunies **, nous devons reconnaître l'inconsistance des dates des débuts de cette activité exemplaire. C'est à cause des guerres qui ont fait s'éparpiller les archives, et aussi en raison de la destinée ingrate qu' ont vécue certains de ces gens de grande valeur perdus trop vite dans un oubli qu'ils ne méritaient pas.

Les séquences que nous essayons de présenter dans cette mise au point documentaire, acquièrent dans les conditions actuelles la signification de ces vestiges sacrés qui contribuent à la concrétisation dans l'espace d'une véritable école scientifique et progressiste d'une remarquable envergure humaniste.



En nous rapportant à la difficulté de reconstituer la vie passée de l'hôpital Socola, il est normal de penser au début aux actes qui attestent la fondation de l'Institution.

Le professeur Léon Ballif, collaborateur du professeur Parhon depuis 1921, en rédigeant en décembre 1948, un „dossier juridique" de l'hôpital de „Socola", vient, dans l'alinéa final, avec la précision suivante: *„Nous mentionnons qu'en faisant des recherches dans les archives, nous n'avons pas trouvé d'actes de propriété ; nous croyons pourtant que ces actes existent dans les archives du Ministère de la Santé"*.

Cette supposition n'étant pas confirmée par une investigation détaillée, la Direction Générale des Archives de l'Etat, dans son adresse no. 9922 du 24.XII.1979, précise ceci : „A la suite de votre adresse no. 5462 du 11.XI.1979 par laquelle vous avez sollicité une copie d'après le document de fondation de votre hôpital, nous vous signifions qu'à la suite de la recherche du fond d'archive du Ministère de l'Intérieur — Direction Sanitaire les années 1904—1960, nous n'avons trouvé ni un document pareil, ni une autre mention concernant la fondation de votre hôpital".

Ainsi, hormis l'inscription commémorative qui atteste l'inauguration de l'hôpital „Socola", le témoignage documentaire de sa naissance est complété seulement par les journaux du temps.

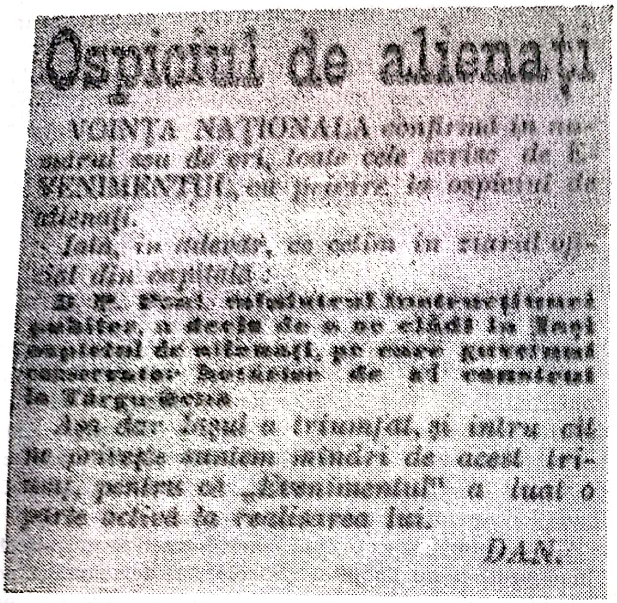
Les journaux d'après 1892 (c'est-à-dire après la décision des corps électeurs de fonder deux „Instituts pour aliénés", un à Bucarest et l'autre à Iasi) et surtout ceux d'après 1895—1896, relèvent souvent les ardents débats sur l'emplacement de cet hôpital soit à Tg. Ocna soit à Iasi.

L'idée d'installer l'hôpital de psychiatrie à Iasi (ou aux alentours) comme base clinique d'étude de la Faculté de médecine a déclenché en sa faveur un puissant courant d'opinion, soutenu avec conviction en tout premier

---

* Gh. Băileanu, *L'Etablissement de Sf. Spiridon*, 1937, Chap. 1, point 13.

** P. Brânzei, *Itinéraire psychiatrique*, Ed. Junimea, II-ème éd., 1979, pp. 68—81.



Ospiciul de alienaţi

DAN.

lieu par le professeur C. Tiron secondé par les professeurs Ludovic Russ jr., Emil Puşcariu, Aristide Peride et Gh. Rojniţă (ce qui démontre, dès le début, le caractère arbitraire et inutile de la division actuelle de l'hôpital Socola en „clinique" et „nonclinique"). Il y a eu de même une action soutenue contre la décision du Conseil de Sf. Spiridon (représenté par A. D. Holban) et acceptée par le gouvernement Catargiu (par l'intermédiaire du dr. Felix, directeur général du Service Sanitaire du Ministère de l'Intérieur) que „l'Institut des Aliénés" soit construit (raisons obscures) à Tg. Ocna.

Le point de vue des intellectuels de Iasi soutenu en grande partie par une vive campagne de presse („Adevărul", „L'indépendance roumaine", „Lumea nouă", „Lupta", „Românul", „Voinţa naţională", „Naţionalul", „Spitalul" etc.) a triomphé par l'intermédiaire du professeur P. Poni de Iasi qui, en qualité de ministre de l'Instruction Publique, secondé par le ministre de l'Intérieur, Stolojan, et par l'habileté du journaliste socialiste V. G. Morţun (à cette époque secrétaire général à l'Intérieur où était inclus aussi le Service de la Santé Publique) a déterminé la décision du gouvernement Stourdza (confirmée par le Journal du Conseil des Ministres du 26.II.1896) de construire l'hôpital de psychiatrie à Iasi.

Après une série de délibérations concernant l'emplacement (il y avait une proposition pour Miroslava où le lieutenant-colonel Langa offrait avec générosité dans ce but „son palais avec 163 fălci" *) la commission gouvernementale (composée par les professeurs Rojniţă, Puşcariu et Peride de la Faculté de médecine de Iasi, par l'ingénieur Grigore Dimitrescu-Tasian qui représentait le ministère de l'Intérieur, par G. M. Sendrea et l'architecte Rick de la part du Conseil de Sf. Spiridon) a décidé, en avril 1896, que l'hôpital de psychiatrie soit construit sur l'emplacement de l'ancien séminaire de Socola (l'eau potable étant captée à Repedea).

---

* falce = ancienne unité de mesure agraire autochtone, de 14 322 mètres carrés.

L'hôpital „Socola": le Pavillon administratif (l'actuel service Psychosomatique); devant lui, la statue du prof. C. I. Parhon (1955), et à l'intérieur la plaque commémorative du directeur fondateur Al. Brăescu (1905).

La construction de l'hôpital de Socola, prévue par les architectes Săvulescu et Arnold pour une capacité de 300 lits (construction afférente à un investissement approuvé par les corps législatifs à valeur initiale de 725 000 qui aboutit à la fin à plus de 2 millions lei) a été confiée aux entrepreneurs Giuseppe Trolli et Scolari (qui avaient déjà fait construire l'hôpital de psychiatrie de Craiova * et qui faisaient bâtir à ce moment-là la nouvelle Université de Iasi). Les travaux ont commencé effectivement en 1897 et ont été terminés en 1899 (les installations et les dotations nécessaires pour la mise en service n'ont été menées à bonne fin par les autorités de tutelle qu'à l'automne de l'année 1905).

A cette occasion nous devons préciser que le docteur Al. Obregia n'était pas d'accord au début pour qu'on fasse construire et qu'on donne en usufruit l'hôpital de Socola ** ce qui est bien mis en évidence dans l'article „L'hospice de Socola" publié par „Evenimentul" nr. 1968 du 25.X.1899 :

L'hospice de Socola. M. le directeur général du Service de la santé publique cherche à se concilier la presse. Nos lecteurs savent qu'à un certain moment presque tous les reporters de la capitale étaient sur le point de faire une grève contre M. le directeur. Celui-ci a compris que ce n'est pas une plaisanterie, il essaie maintenant de revenir à de meilleurs sentiments et il s'est laissé interviewer par notre confrère „Adevărul".

Rien de plus méritoire et nous félicitons de tout coeur M. le directeur qui commence à reconnaître à la presse ses droits à elle.

Mais les réponses de M. le directeur ont une importance particulière et par conséquent nous devons les analyser de plus près. Pas avant de donner quelques renseignements.

*

„Adevărul" a ouvert une campagne pour la suppression de l'hospice des aliénés qui est bâti actuellement à Socola et pour la fondation d'un hospice pareil à Bucarest.

Pour soutenir cette thèse „Adevărul" est venu avec des arguments auxquels nous avons répondu en passant.

Dans son interview avec le rédacteur d'„Adevărul" M. le dr. Obregia a donné la réponse suivante.

Nous la reproduisons au pied de la lettre :

— Je suis certain, M. le docteur, que vous avez lu dans un des numéros passés de l'„Adevărul"„ un article sur les deux hospices, Socola et Mărcuţa.

— Oui, j'ai lu l'article et je dois reconnaître que vous avez eu raison en tout.

— On écrivait dans cet article que l'établissement de l'hospice de Socola est impropre à sa destination.

J'ai été dimanche pour la deuxième fois à fin de voir cet établissement. Voici ce qui je peux vous dire : l'architecte, M. Săvulescu, a dépensé peut-être deux millions pour construire ce bâtiment quoique on ait prévu 900 000 lei. Ensuite la répartition des locaux est totalement impropre pour un hôpital d'aliénés. Il y a des chambres colossales incapables de satisfaire les exigences d'hygiène.

— „Adevărul" lorsqu'il a parlé de cet établissement soutenait que l'architecte a destiné une vaste salle en amphithéâtre aux cours sur l'aliénation et ajoutait que, l'établissement étant trop loin de la ville, les étudiants seraient dans l'impossibilité de suivre les cours de M. le professeur qui y soutient les conférences.

— C'est vrai, mais supposons que les étudiants iraient même à Socola aux cours, qui est-ce qu'ils écouteraient ? Où est le professeur spécialisé en maladies mentales ? Nous n'avons pas ce professeur-là et vous voyez donc qu'il y a plusieurs raisons pour lesquelles la salle de cours de Socola est inutile.

Dans les réponses de M. le directeur il y a des choses qui méritent une attention particulière.

Tout premièrement il serait nécessaire de faire une enquête pour voir si vraiment l'hôpital est aussi mal construit que le soutient M. le docteur Obreja et alors M. l'architecte Săvulescu devrait être rendu responsable. On pourrait voir n'importe où que tout est perdu si l'on ne peut introduire des modifications suffisantes pour que le bâtiment puisse être adapté à ce qu'il a été prévu.

En deuxième lieu M. le dr. Obreja laisse entendre que la construction d'un hospice pareil à Socola est superflue parce que le professeur spécialisé ne pourra être trouvé à Iasi.

L'affirmation de M. le dr. Obreja est un peu hasardée. Car en fin de compte lui aussi est de Iasi et pourrait parfaitement occuper la chaire de maladies mentales dans lesquelles il s'est spécialisé s'il ne veut pas que l'hospice soit transféré à Bucarest parce que lui-même s'y est transféré.

Mais en ce sens nous croyons que le temps est venu que le professeur et les étudiants de la faculté de médecine de Iasi disent ce qu'ils pensent.

Nous attendons cela pour pouvoir reprendre la discussion.

Pour le moment l'hospice de Socola, dont la construction a été terminée, va vers sa ruine complète.

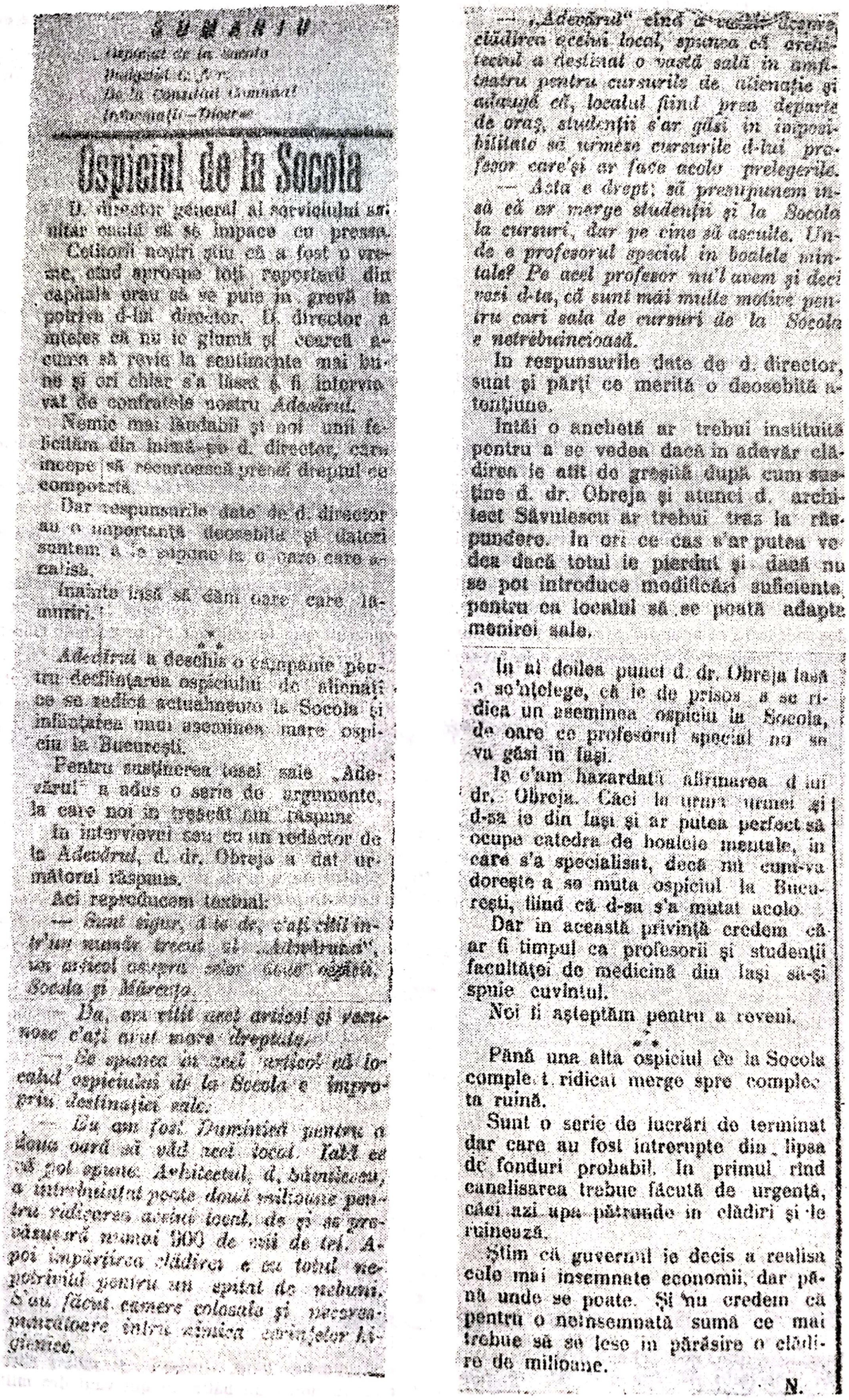
Il y a des travaux à achever mais qui ont été interrompus, faute d'argent, probablement. Premièrement la canalisation doit être mise au point, car l'eau pénètre dans l'établissement et le détériore.

Nous savons que le gouvernement a décidé de réaliser de grandes économies, mais autant qu'il est possible. Et nous ne croyons pas que pour une somme dérisoire, qui manque pour l'instant, on puisse abandonner la construction d'un bâtiment qui vaut des millions".

---

* L'hôpital de psychiatrie de Craiova avec 60 lits a été construit à l'insistence de l'éminent docteur Hanselman entre 1888—1890 et a fonctionné en conditions exemplaires jusqu'en 1922 quand le bâtiment a été destiné à l'Ecole Normale et les malades ont été transférés à Socola.

** La précision s'impose nécessairement dans cette étude évocatrice parce qu'il y a des personnes qui affirment, sans aucune raison, que „l'hôpital Socola a été la création du professeur Al. Obregia" (cf. *Itinéraire psychiatrique*, pp. 66—71).



SUMARIU

Ospiciul de la Socola
[illegible]
De la Consiliul Comunal
Informații—Diverse

Ospiciul de la Socola

D. director general al serviciului sanitar caută să se împace cu presa.

Cetitorii noștri știu că a fost o vreme, cînd aproape toți reporterii din capitală erau să se pue in grevă împotriva d-lui director. D. director a înțeles că nu ie glumă și cearcă acum să revie la sentimente mai bune și ori chiar s'a lăsat a fi intervievat de confratele nostru *Adevărul*.

Nemic mai lăudabil și noi unii felicităm din inimă pe d. director, care începe să recunoască presei dreptul ce comportă.

Dar respunsurile date de d. director au o importanță deosebită și datori suntem a le expune la o oare care analisă.

Inainte însă să dăm oare care lămuriri.

⁂

Adevărul a deschis o campanie pentru desființarea ospiciului de alienați ce se ridică actualmente la Socola și înființarea unui asemenea mare ospiciu la București.

Pentru susținerea tesei sale „Adevărul" a adus o serie de argumente, la care noi in treacăt am răspuns.

In interviewul seu cu un redactor de la *Adevărul*, d. dr. Obreja a dat următorul răspuns.

Aci reproducem textual:

— *Sunt sigur, d-le dr., c'ați citit într'un număr trecut al „Adevărului", un articol asupra celor două ospicii, Socola și Mărcuța.*

— *Da, am citit acel articol și recunosc c'ați avut mare dreptate.*

— *Se spunea in acel articol că localul ospiciului de la Socola e impropriu destinației sale.*

— *Eu am fost Duminică pentru a doua oară să văd acel local. Iată ce vă pot spune. Arhitectul, d. Săvulescu, a întrebuințat poate două milioane pentru ridicarea acelui local, deși se prevăzuseră numai 900 de mii de lei. Apoi împărțirea clădirei e cu totul nepotrivită pentru un spital de nebuni. S'au făcut camere colosale și necorespunzătoare întru nimica cerințelor higienice.*

— *„Adevărul" cînd a vorbit despre clădirea acelui local, spunea că architectul a destinat o vastă sală in amfiteatru pentru cursurile de alienație și adaugă că, localul fiind prea departe de oraș, studenții s'ar găsi in imposibilitate să urmeze cursurile d-lui profesor care'și ar face acolo prelegerile.*

— *Asta e drept; să presupunem însă că ar merge studenții și la Socola la cursuri, dar pe cine să asculte. Unde e profesorul special in boalele mintale? Pe acel profesor nu'l avem și deci vezi d-ta, că sunt mai multe motive pentru cari sala de cursuri de la Socola e netrebuincioasă.*

In respunsurile date de d. director, sunt și părți ce merită o deosebită atențiune.

Intâi o anchetă ar trebui instituită pentru a se vedea dacă in adevăr clădirea ie atît de greșită după cum susține d. dr. Obreja și atunci d. architect Săvulescu ar trebui tras la răspundere. In ori ce cas s'ar putea vedea dacă totul ie pierdut și dacă nu se pot introduce modificări suficiente pentru ca localul să se poată adapte menirei sale.

In al doilea punct d. dr. Obreja lasă a se'nțelege, că ie de prisos a se ridica un asemenea ospiciu la Socola, de oare ce profesorul special nu se va găsi in Iași.

Ie c'am hazardată afirmarea d-lui dr. Obreja. Căci la urma urmei și d-sa ie din Iași și ar putea perfect să ocupe catedra de boalele mentale, in care s'a specialisat, dacă nu cum-va dorește a se muta ospiciul la București, fiind că d-sa s'a mutat acolo.

Dar in această privință credem că ar fi timpul ca profesorii și studenții facultăței de medicină din Iași să-și spuie cuvintul.

Noi îi așteptăm pentru a reveni.

⁂

Până una alta ospiciul de la Socola complect ridicat merge spre complecta ruină.

Sunt o serie de lucrări de terminat dar care au fost intrerupte din lipsa de fonduri probabil. In primul rînd canalisarea trebue făcută de urgență, căci azi apa pătrunde in clădiri și le ruinează.

Știm că guvernul ie decis a realisa cele mai însemnate economii, dar până unde se poate. Și nu credem că pentru o neînsemnată sumă ce mai trebue să se lese in părăsire o clădire de milioane.

N.

Le triomphe des intellectuels et des journalistes enthousiastes qui avaient lutté pour la fondation de l'hôpital de psychiatrie de Iasi devenait une apothéose dans la presse de la fin de 1905, année de l'inauguration de l'hôpital Socola (auquel le docteur Al. Obregia s'est enfin rallié lui-même).

*

Evenimentul numéro 130 — le 27 juillet 1905.
„L'hospice de Socola".

„Depuis quelques années on a construit dans la banlieue de Iasi, vers Socola, un hospice imposant, destiné aux aliénés. Quoique les travaux eussent été terminés depuis longtemps, jusqu'à présent il n'a pas fonctionné par manque d'eau. L'un des conseillers de la Maison Sf. Spiridon, dont l'hospice de Socola dépend lui-aussi, me communique qu'à la suite du désir exprimé par le premier ministre, cet hospice commencera à fonctionner à partir du premier septembre a.c. quand on y transférera les malades de l'hospice de Golia et ceux de Neamț.

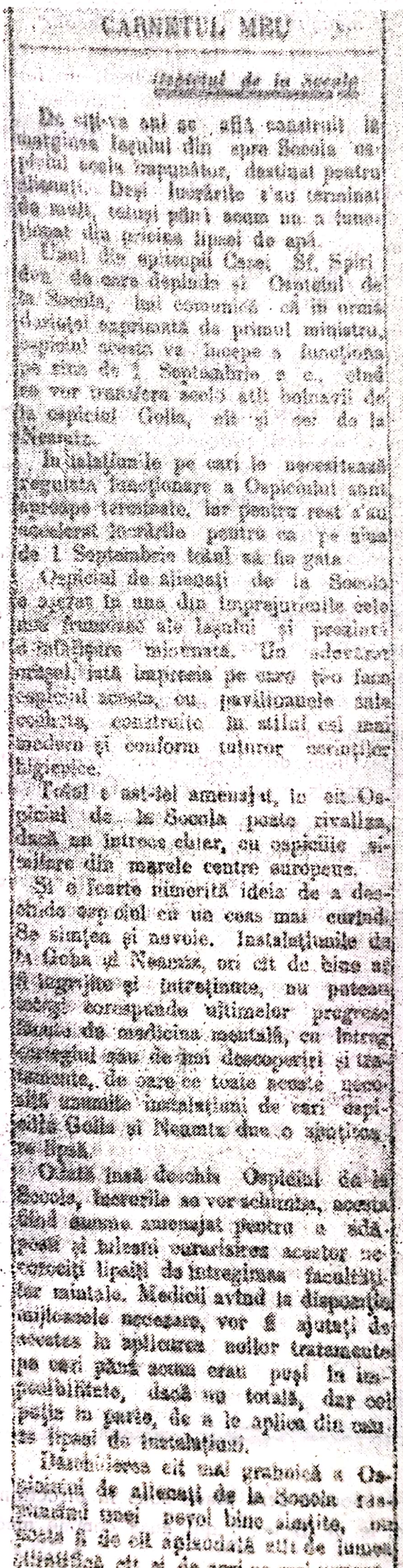
Les installations que le fonctionnement régulier de l'hospice exige sont presque terminées, le reste des travaux sont accélérés afin que le 1er septembre tout soit fini.

L'hospice d'aliénés de Socola est bâti dans l'un des plus beaux endroits qui entourent Iasi et il est vraiment merveilleux. C'est une petite ville, voilà l'impression que cet hospice produit avec ses pavillons coquets construits dans le style le plus moderne et conformément aux normes d'hygiène.

Tout est ainsi aménagé pour que l'hospice de Socola puisse rivaliser, surpasser même, les hospices similaires des grands centres européens *. Et peut-être l'idée d'inaugurer l'hospice en avance est très bonne. Cela est nécessaire. Les installations de Golia et Neamț, si bien entretenues qu'elles soient, ne peuvent pourtant correspondre au progrès réalisés par la médecine mentale, progrès accompagnés par une série de découvertes et de traitements, car tout cela exige certaines installations qui faisaient défaut jusqu'à présent.

Une fois ouvert l'hospice de Socola, les choses changeront, car celui-ci peut abriter et offrir le traitement à ces malheureux. Les médecins, ayant les moyens nécessaires, s'en serviront pour appliquer les nouveaux traitements qu'ils n'avaient pas la possibilité, sinon totalement du moins en partie, d'appliquer à cause du manque d'installations.

L'inauguration rapide de l'hôpital d'aliénés de Socola répond à un besoin qui se faisait sentir et ne peut être qu'applaudi autant par le monde scientifique que par ceux obligés d'avoir malheureusement des contacts avec cette institution".



CARNETUL MEU

---

* L'hôpital Socola rappelle par son emplacement au milieu de la nature et par son plan de construction l'hôpital de psychiatrie „Bel Air" à côté de Genève, ouvert par Borel vers 1880 et dont les plans avaient été étudiés, entre autres, par Brăescu à l'occasion de son voyage d'études effectué en Europe entre 1893—1895.

Evenimentul no. 185, le 5 octobre 1905 :
„L'inauguration de l'hospice Socola".

„A la suite d'un rapport du Conseil de la Maison Sf. Spiridon adressé au ministère de l'Intérieur, celui-ci a décidé l'inauguration immédiate de l'hospice d'aliénés de Socola.

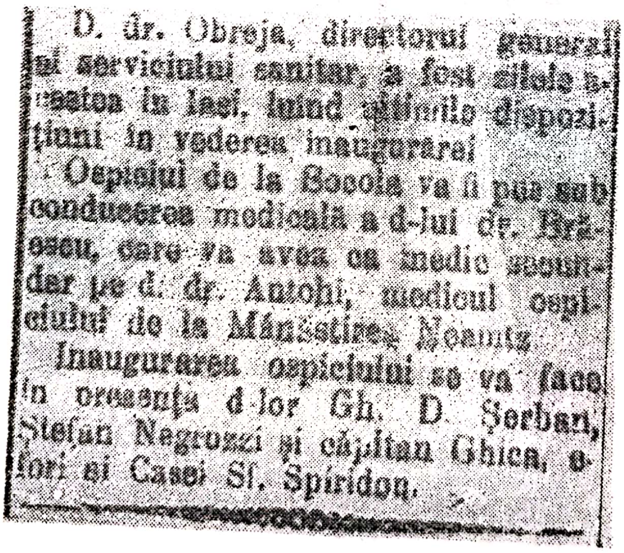
Par ce rapport le Conseil tutélaire demandait au ministère de disposer l'envoi des fonds de ce ministère-là, de la somme nécessaire aux installations de première nécessité pour l'inauguration de l'hospice, frais que la Maison Sf. Spiridon n'a pas dans son budget pour l'année en cours. Le chiffre le plus grand dans le rapport du Conseil était celui qui se rapportait à l'aduction de l'eau à l'hospice, travaux qui coûteraient près de 100 000 lei. *

Le ministère de l'Intérieur a approuvé tous ces frais de sorte que le 1er avril prochain dans le budget de la Maison Sf. Spiridon soit inscrite la somme nécessaire pour l'entretien des malades et les salaires du personnel médical et administratif.

A la suite de cette réponse le Conseil a décidé d'ouvrir sans délai l'hospice de Socola. C'est à cette fin qu'on a donné l'ordre aux hospices d'aliénés de Golia et de Neamţ de préparer tout ce qu'il faut pour le transfert des malades dans le nouvel hospice. A l'hospice Golia ces préparatifs ont commencé car c'est d'ici que le transfert commencera.

Quelques pavillons de l'hospice de Socola sont déjà prêts de sorte qu'ils peuvent accueillir immédiatement les malades et commencer à fonctionner.

M. le dr. Obreja, directeur général du Service de la santé a visité ces jours-là Iasi étant mis au courant des dernières dispositions en vue de l'ouverture.

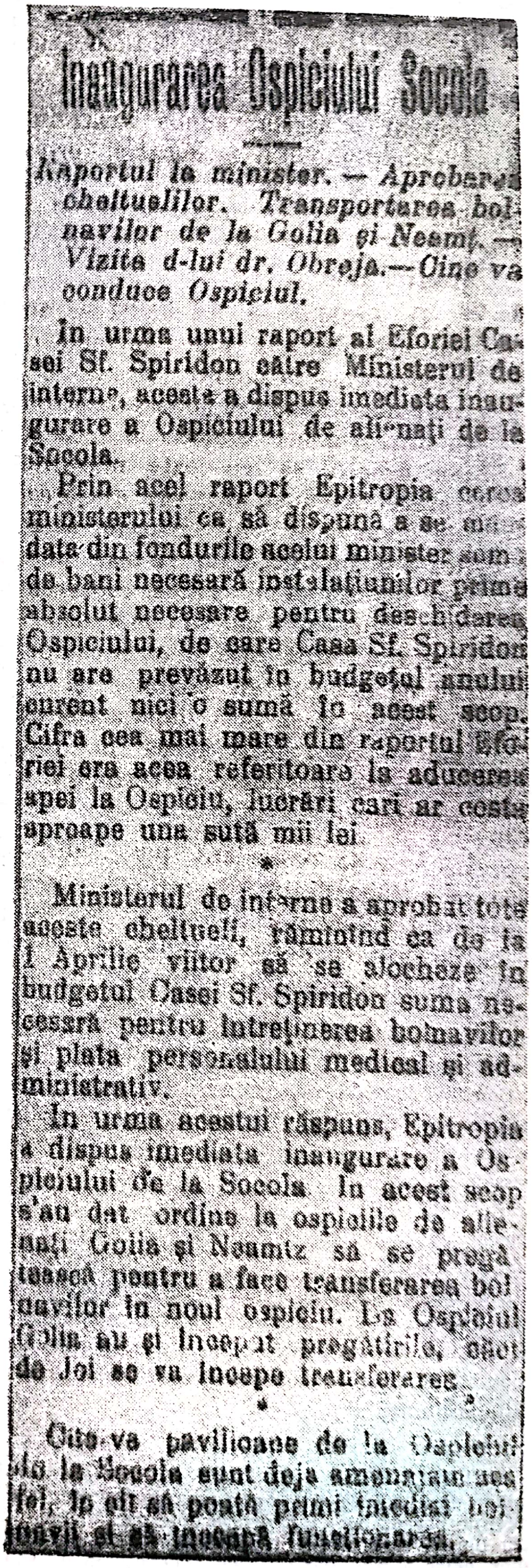


D. dr. Obreja, directorul general al serviciului sanitar, a fost zilele acestea în Iasi, luînd ultimile dispozițiuni în vederea inaugurarei.

Ospiciul de la Socola va fi pus sub conducerea medicală a d-lui dr. Brăescu, care va avea ca medic secundar pe d. dr. Antohi, medicul ospiciului de la Mânăstirea Neamțu.

Inaugurarea ospiciului se va face în prezența d-lor Gh. D. Șerban, Ștefan Negruzzi și căpitan Ghica, efori ai Casei Sf. Spiridon.

L'hospice de Socola sera placé sous la direction médicale de M. le dr. Brăescu qui aura comme médecin



Inaugurarea Ospiciului Socola

Raportul la minister. — Aprobarea cheltuelilor. Transportarea bolnavilor de la Golia și Neamț. — Vizita d-lui dr. Obreja.—Cine va conduce Ospiciul.

In urma unui raport al Eforiei Casei Sf. Spiridon către Ministerul de interne, acesta a dispus imediata inaugurare a Ospiciului de alienați de la Socola.

Prin acel raport Epitropia cerea ministerului ca să dispună a se ma[illegible] data din fondurile acelui minister suma de bani necesară instalațiunilor prime absolut necesare pentru deschiderea Ospiciului, de care Casa Sf. Spiridon nu are prevăzut în budgetul anului curent nici o sumă în acest scop. Cifra cea mai mare din raportul Eforiei era acea referitoare la aducerea apei la Ospiciu, lucrări cari ar costa aproape una sută mii lei.

*

Ministerul de interne a aprobat toate aceste cheltueli, rămînînd ca de la 1 Aprilie viitor să se alocheze în budgetul Casei Sf. Spiridon suma necesară pentru întreținerea bolnavilor și plata personalului medical și administrativ.

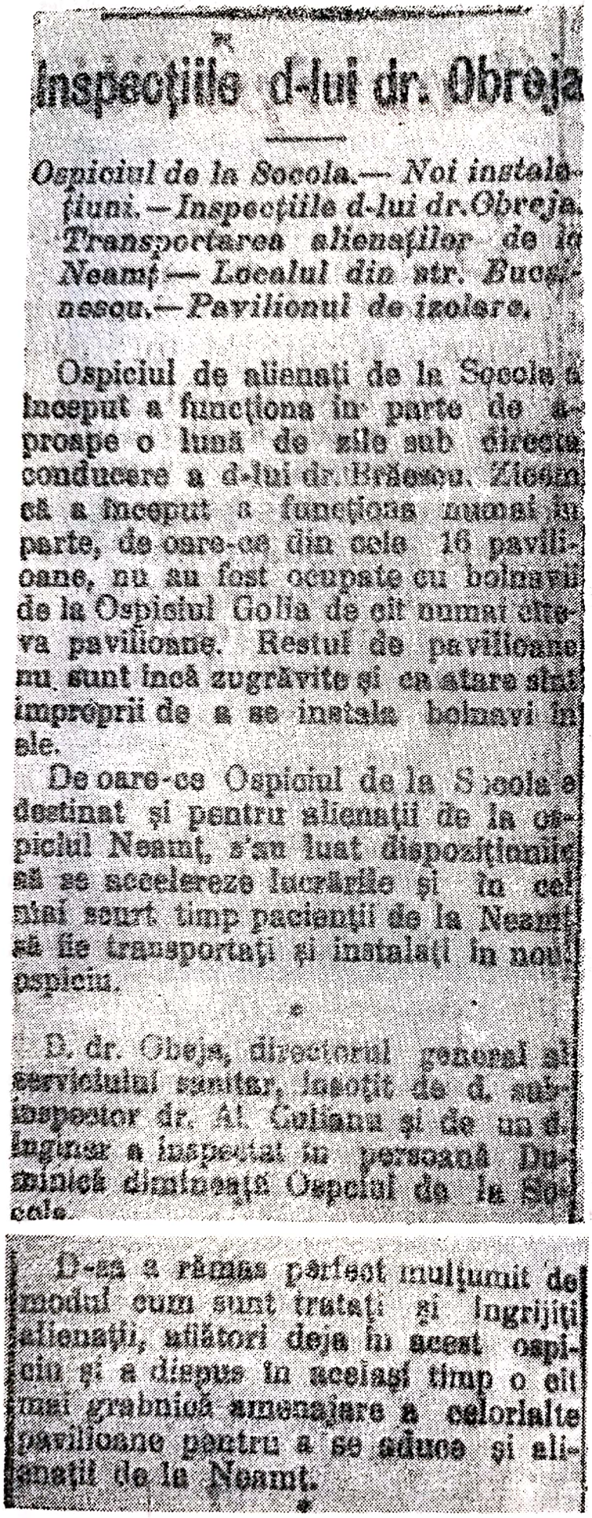
In urma acestui răspuns, Epitropia a dispus imediata inaugurare a Ospiciului de la Socola. In acest scop s'au dat ordine la ospiciile de alienați Golia și Neamțz să se pregătească pentru a face transferarea bolnavilor în noul ospiciu. La Ospiciul Golia au și început pregătirile, căci de Joi se va începe transferarea.

*

Cîte-va pavilioane de la Ospiciul de la Socola sunt deja amenajate ast-fel, în cît să poată primi imediat bolnavii și să înceapă funcționarea.

---

* Le problème de l'alimentation avec de l'eau de l'hôpital Socola a éte définitivement résolu en 1969 à la suite de l'installation en amont d'un réservoire-tampon de 25 wagons.



Inspecțiile d-lui dr. Obreja

Ospiciul de la Socola.— Noi instalațiuni.—Inspecțiile d-lui dr. Obreja. Transportarea alienaților de la Neamț— Localul din str. Bucșnescu.—Pavilionul de izolare.

Ospiciul de alienați de la Socola a început a funcționa în parte de aproape o lună de zile sub directa conducere a d-lui dr. Brăescu. Zicem că a început a funcționa numai în parte, de oare-ce din cele 16 pavilioane, nu au fost ocupate cu bolnavii de la Ospiciul Golia de cît numai cîteva pavilioane. Restul de pavilioane nu sunt încă zugrăvite și ca atare sînt improprii de a se instala bolnavi în ele.

De oare-ce Ospiciul de la Socola e destinat și pentru alienații de la ospiciul Neamț, s'au luat dispozițiunile să se accelereze lucrările și în cel mai scurt timp pacienții de la Neamț să fie transportați și instalați în noul ospiciu.

*

D. dr. Obeja, directorul general al serviciului sanitar, însoțit de d. subinspector dr. Al. Culianu și de un d. inginer a inspectat în persoană Duminică dimineața Ospiciul de la Socola.

D-sa a rămas perfect mulțumit de modul cum sunt tratați și îngrijiți alienații, aflători deja în acest ospiciu și a dispus în același timp o cît mai grabnică amenajare a celorlalte pavilioane pentru a se aduce și alienații de la Neamț.

adioint le dr. Antohi, le médecin de l'hospice du Monastère de Neamț.

L'inauguration de l'hospice aura lieu en présence de Ms. Gh. D. Șerban, St. Negruzzi et du capitaine Ghica, conseillers de la Maison (Epitropie) Sf. Spiridon".

„Evenimentul" no. 207, le 2 novembre 1905.
Les inspections de M. le dr. Obreja.

„L'hospice d'aliénés de Socola a commencé à fonctionner partiellement depuis un mois à peu près, sous la direction de M. le dr. Brăescu.

Nous disons partiellement parce que les malades de l'hospice de Golia n'ont occupé qu'une partie des 16 pavillons. Les autres pavillons ne sont pas encore chauffés et, par conséquent, on ne peut y installer les malades.

Puisque l'hospice de Socola est destiné aussi aux aliénés de l'hospice de Neamț, on a donné l'ordre d'accélérer les travaux et dans un délai très bref les malades de Neamț seront transportés et installés dans le nouvel hospice.

M. le dr. Obreja, le directeur général du Service de la Santé, accompagné par M. l'inspecteur dr. Al. Culianu et par un M. ingénieur, a inspecté lui-même dimanche matin l'hospice de Socola.

M. l'inspecteur est resté parfaitement content de la manière dont les aliénés qui s'y trouvaient sont traîtés et soignés et en même temps a décidé l'aménagement rapide des autres pavillons pour faire venir aussi les aliénés de Neamț".

„Evenimentul" no. 241 — jeudi, le 15 décembre 1905.

„(...) Les hospices de Golia de Iasi et du Monastère de Neamț, passés sous la direction du Conseil en 1861, ont fonctionné à l'aide d'une subvention accordée par l'Etat, à laquelle s'ajoute plus d'un million de lei dépensés par le Conseil. Aujourd'hui ces hospices sont réunis dans le même établissement à Socola, étant subventionnés par l'Etat et par le Conseil en même temps.

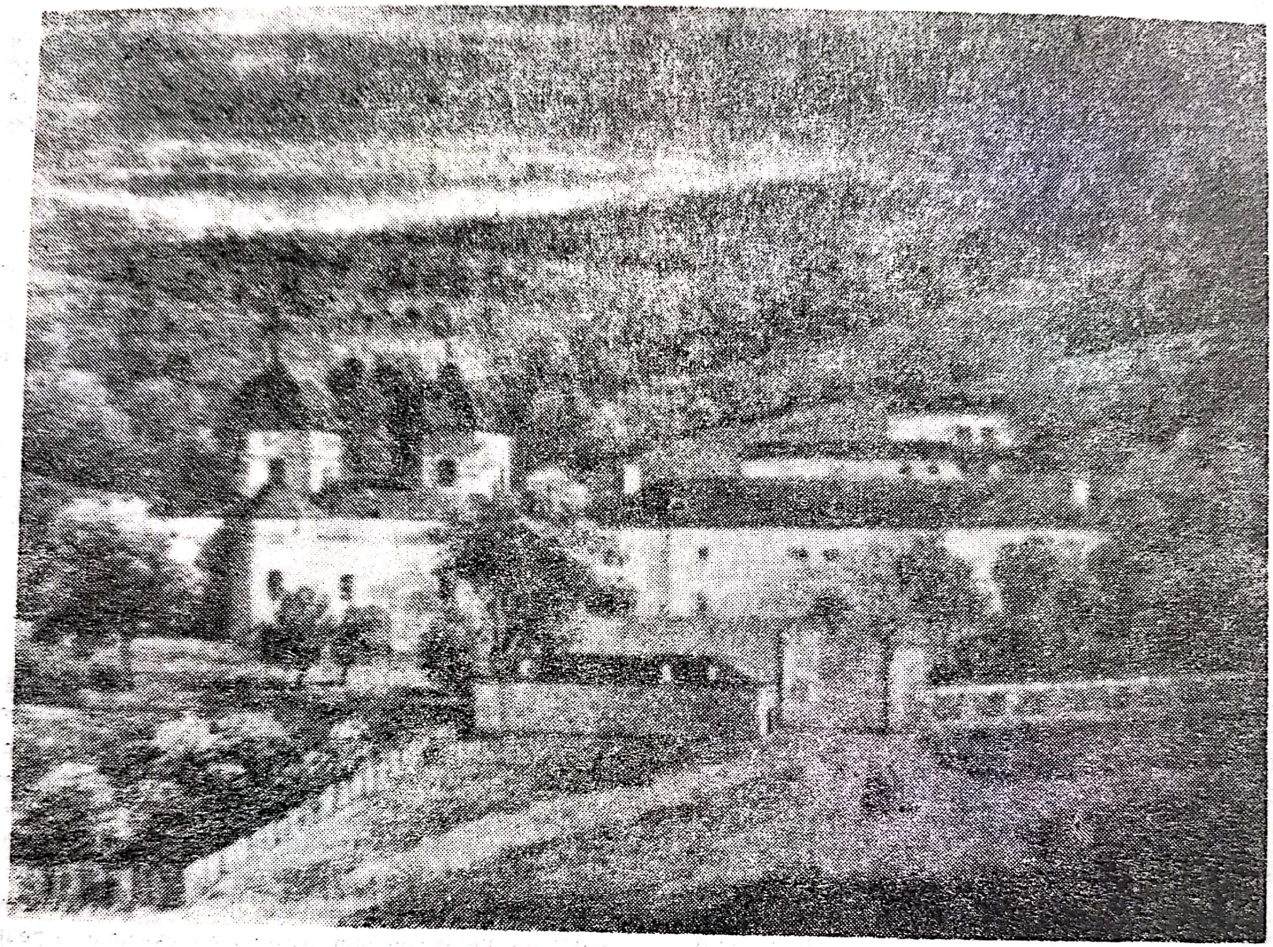
Ce fait prouve que dans le domaine de l'assistance publique, l'État roumain, ayant pour exemple le peuple roumain, a stimulé l'initiative privée dans cette grande oeuvre humanitaire. Il n'y a pas de maladie plus cruelle que la maladie mentale et la société roumaine cultivée, devouée à l'humanisme, à la charité, à son devoir le plus sacré, a décidé de contribuer à la dotation de cet établissement avec tout ce que la science a pu découvrir pour combattre et vaincre cette maladie du siècle. A l'hôpital de Socola, nouvellement construit, ces malheureux qui souffrent recevront la meilleure assistance.

Les deux hospices avaient 200 lits, 100 lits pour femmes, 100 lits pour hommes. Le Conseil actuel a fait augmenter leur nombre de 50, de sorte que dans l'avenir l'Hospice de Socola comptera 250 lits où l'on va donner les traitements les plus scientifiques et les plus humains à ces malades arrachés à la société et à leur famille par la plus cruelle des maladies (...)".

*

En revenant à la propriété de l'hôpital de Socola, attestée par le „casier juridique" no. 2563/1948 comme ayant seulement 17 hectares et 5 325 mètres carrés de terrain avec des bâtiments

qui se trouvaient sur ce terrain, il faut préciser qu'à la suite de la donation du magistrat Alfred Winkler (comme expression de sa reconnaissance pour la manière dont sa famille a été soignée) ce patrimoine a été porté après 1948 à 56 hectares y compris une villa spacieuse, construite en 1879, probablement par le docteur Ciurea, qui est devenue l'actuel service d'ergothérapie).



Vue du Séminaire de „Socola", avant 1870 (estampe de la collection de l'Académie roumaine)

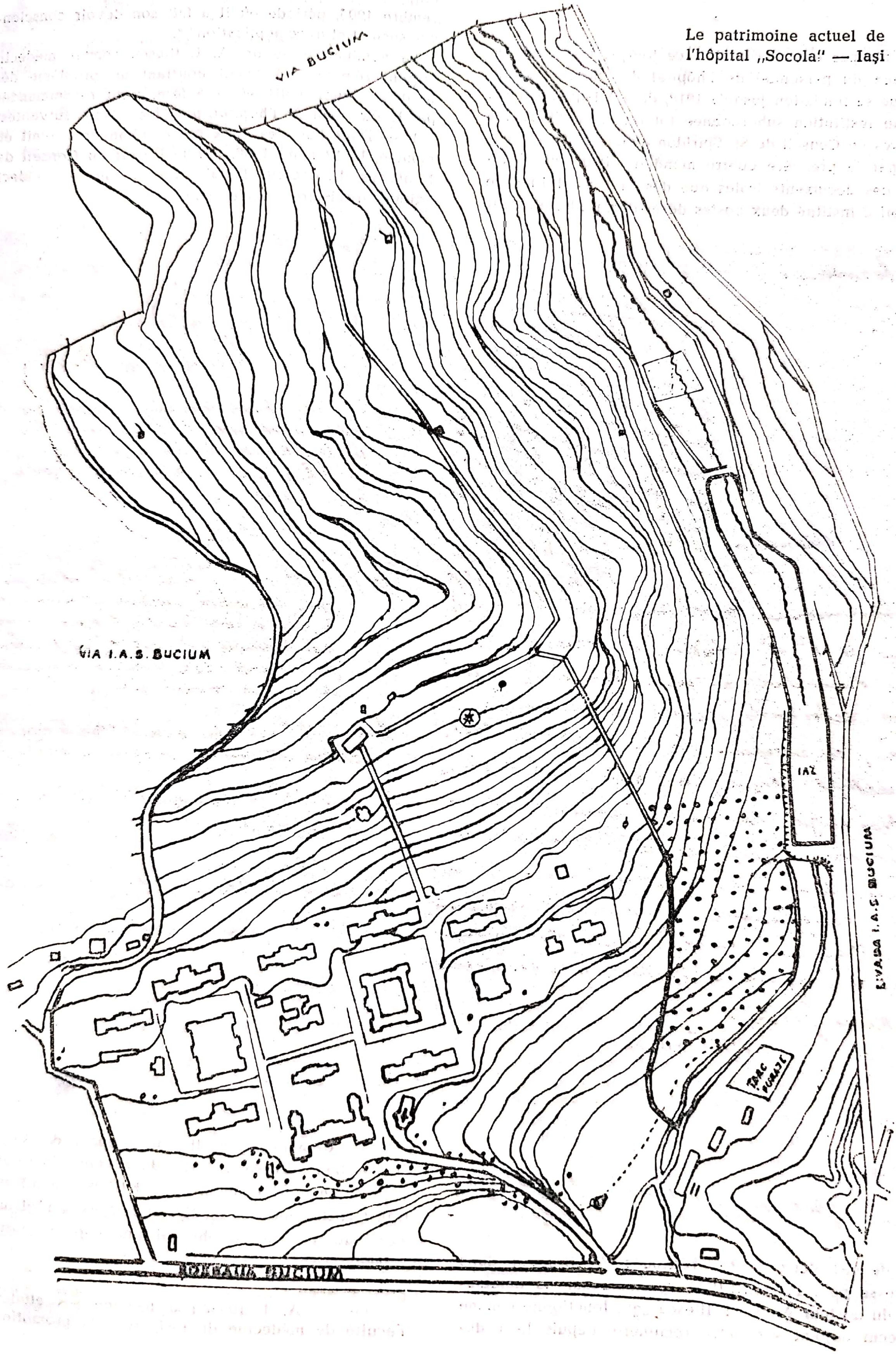
Parce que assez souvent on croit que l'hôpital „Socola pourrait inclure même les constructions de l'ancien séminaire*, il est nécesaire de preciser que celui-ci a été entièrement reconstruit, comme on peut lire dans les journaux du temps, sur un terrain collinaire cédé, en effet, à la Direction Générale du Service de la Santé par le Ministère de l'Enseignement.

Pour une délimitation plus rigoureuse, bénéficiant du concours aimable du prof. dr. ingénieur Const. Mihăilescu et de l'architecte topographe Dumitru Ichim de l'Institut de recherches et de plans de projection de Iasi, on a réalisé entre 1970 et 1972 un relevé topographique détaillé de la propriété de l'hôpital de „Socola", accompagnée de ses constructions et de ses voisinages.

---

* Les bâtiments de l'ancien séminaire étaient en ruines en 1870 (Gh. Adamescu : *Histoire du séminaire Veniamin de Iasi*, tip. „Carol Göbbl", Bucarest, 1904, p. 127) „*a cause de cela le séminaire a été transféré dans la ville de Iasi en 1886, dans un palais expressément aménagé ; celui-ci se trouvait dans l'enceinte du palais de Mihail Sturza-Vodă*" (N. A. Bogdan : *La Ville de Iasi* 1913. II-ème ed., tip. N. Goldner, Iasi, p. 254). Ainsi, croyons nous, les murs de Socola, étaient démolés jusqu'aux fondements d'où on a pu a faire sortir aussi la pierre de fondation avec l'inscription de l'an 1804, (pierre reproduite par Gh. Adamescu : travail cité, p. 47). Sur les mêmes lieux a fonctionné ensuite, dans des conditions difficiles une Ecole de métiers, à partir de 1878 (qui, au début avait 3 élèves et une seule section, un atelier de tonneaux) sous la jurisdiction du village de Bucium, Ecole qui n'a aucun rapport avec les constructions unitaires de l'hôpital de Socola.

Sur le territoire de Socola d'aujord'hui, côté sud, il existe encore une maison type„ coula" moldave, construite sur une cave, dans le style de l'époque, avec de gros murs et des planchers crépis avec des branches rondes d'arbres (et dont la terrasse a été récemment murée) ; on ne sait pas avec précision si elle a appartenu au séminaire. Cette maison a abrité tour à tour les élèves d'une petite école de métiers et une crèche journalière pour le personnel de l'hôpital (toutes deux fondées par le prof. Ballif) ; naguère elle a été atelier typographique et maintenant sert comme „retraite" pour un petit groupe de malades en cours de réhabilitation ergothérapique.


VIA BUCIUM
VIA I.A.S. BUCIUM
IAZ
LIVADA I.A.S. BUCIUM
PARC PUBLIC
SOSEAUA BUCIUM

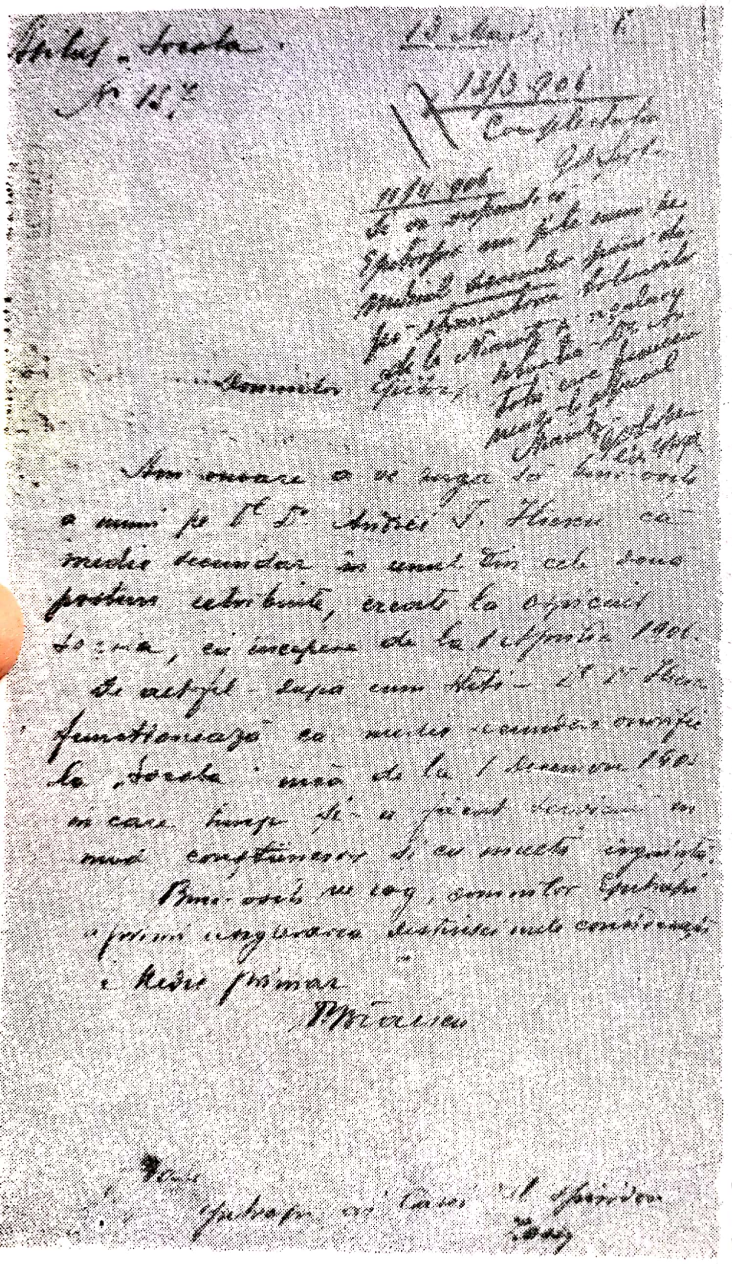
Le patrimoine actuel de l'hôpital „Socola" — Iaşi

*

On n'a pas encore réussi, à ce jour, à retrouver les tableaux du personnel de l'hôpital de „Socola" de la date de sa fondation jusqu'à 1918, date à laquelle il est devenu institution subordonnée totalement à l'Etat, les archives du Conseil de Sf. Spiridon ayant été très affectées par la première guerre mondiale. Pourtant, il résulte des documents isolés que dès le 1 avril 1906, le Conseil a institué deux postes de médecin adjoint. Pour l'un de ces deux postes rétribués, Al. Brăescu, dans l'adresse no . 157/13.III.1906, recommandait la nomination du docteur Andrei I. Iliescu „qui fonctionne comme médecin adjoint sans être rémunéré, depuis le 1 décembre 1905, période où il a fait son devoir consciencieusement et avec application" *.

La nomination du dr. A. I. Iliescu comme médecin adjoint rémunéré devenait pourtant un problème dès le début, quoiqu'elle eût été fermement recommandée par le directeur de l'hôpital, pour les raisons suivantes :

1. — Dans l'un des deux postes rémunérés avait été nommé, le 12 mars 1906, par le Décret du Conseil des Ministres, le docteur Panaite Zosin, comme „médecin adjoint provisoire jusqu'au concours".



Spitalul Socola 13 Martie [illegible]
No 157

13/3 906 [illegible]

Domnilor Epitropi,

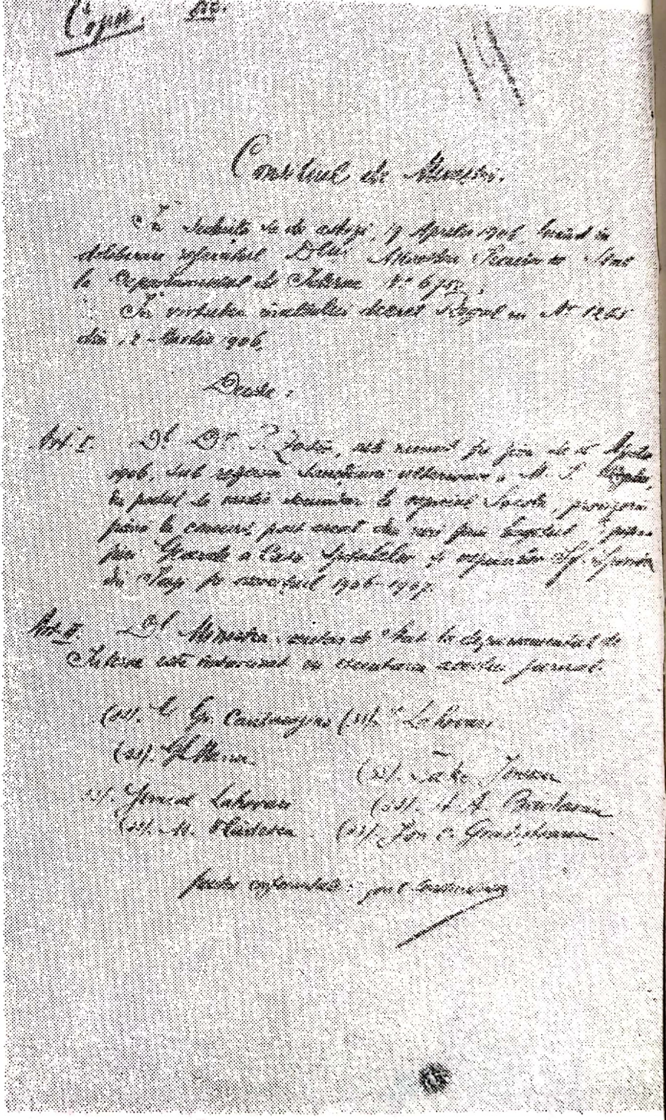
Am onoare a vă ruga să binevoiți a numi pe D-l Dr. Andrei I. Iliescu ca medic secundar în unul din cele două posturi retribuite, create la ospiciul Socola, cu începere de la 1 Aprilie 1906.

Și aceasta — după cum știți — D-l Dr. Iliescu funcționează ca medic secundar onorific la Socola încă de la 1 Decembrie 1905 în care timp și-a făcut serviciul cu multă conștiinciozitate și cu multă exactitate.

Binevoiți vă rog, Domnilor Epitropi a primi asigurarea distinsei mele considerațiuni.

Medic primar
Brăescu

Domnilor Epitropi ai Casei Sf. Spiridon
Iași



Copie

Consiliul de Miniștri

În ședința sa de astăzi, 17 Aprilie 1906, luând în deliberare referatul D-lui Ministru Secretar de Stat la Departamentul de Interne Nr 6[illegible]
În virtutea înaltului decret regal cu Nr 1265 din 12 Martie 1906,

Decide:

Art. I. D-l Dr. P. Zosin, este numit pe ziua de 1 Aprilie 1906, [illegible]

Art. II. D-l Ministru Secretar de Stat la Departamentul de Interne este însărcinat cu executarea acestui jurnal.

(ss) G. Gr. Cantacuzino (ss) [illegible]
(ss) [illegible]
(ss) [illegible] (ss) Take Ionescu
(ss) [illegible] (ss) Al. A. Bădărău
(ss) M. Vlădescu (ss) Ion C. Grădișteanu

Pentru conformitate: [illegible]

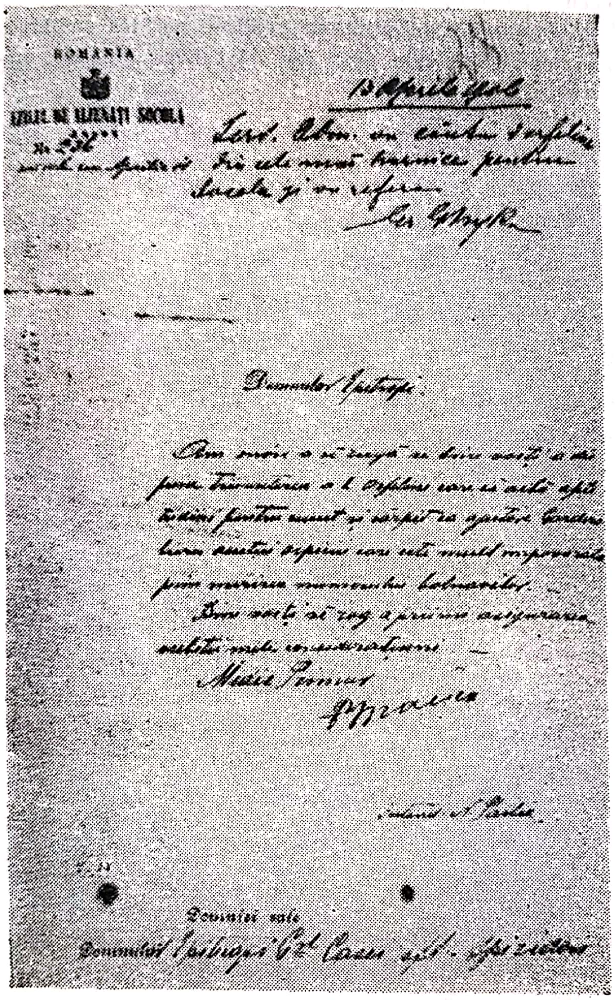
2. — Comme il résulte du rapport du Conseiller Gh. Serban adressé à l'asile de Socola, „le Conseil ne peut nommer le médécin adjoint (Iliescu n. n.) avant le transfert des malades de Neamţ et sans le règlement de la situation du dr. Antohi, qui fonctionne à l'hospice de Neamţ".

---

* Le dr. A. I. Iliescu a terminé ses études à la Faculté de médecine de Iasi, avec la promotion 1878.

3. — Le 3 mai 1906 le Conseil approuve la demande de transfert du docteur Antohi, médecin en chef du Monastère du Neamţ, en qualité de médecin adjoint à Socola *.

Il en résulte donc qu'en 1906 fonctionnaient à Socola sur des postes rémunérés un médecin en chef (Al. Brăescu), deux médecins adjoints (Panaite Zosin ** et N. Antohi) et un interne (Corneliu Popa-Radu).



ROMANIA

*

Le nombre réduit du personnel destiné à soigner les malades — problème qui persiste dans les unités de psychiatrie de tous les temps — apparait dans la pétition du 11 avril 1906 par laquelle le dr. Brăescu sollicite du Conseil „*deux orphelines qui sachent coudre et repriser pour aider la préposée de l'hospice qui a trop à faire à cause de l'augmentation du nombre des malades*" *.

Al. Brăescu est mort le 26 avril 1917 dans des conditions de solitude qui ont exigé que les frais d'enterrement fussent supportées par le Conseil; la mairie a offert le corbillard militaire en raison du grade de lieutenant-colonel de réserve qu'il avait alors (Procès-verbal no. 11 du Conseil, du 27 avril 1917, et rapport de service).

Al. Brăescu a laissé 23 travaux rédigés avec une précision scientifique remarquable et une vision progressiste constante, son activité de professeur, de médecin et de chef d'hôpital *le plaçant dans le triangle d'or des trois „AL" des commencements de la psychiatrie roumaine* : AL. ŞUŢU, AL. BRĂESCU, AL. OBREGIA.

La fonction de directeur de l'hôpital de Socola a été héritée par le professeur Parhon du docteur Brăescu, „le fondateur et le chef de cet hospice, jusqu'à ses derniers moments", come l'a dit plus tard le dr. Eliza Isanos, qui a vécu l'événement comme médecin interne.

---

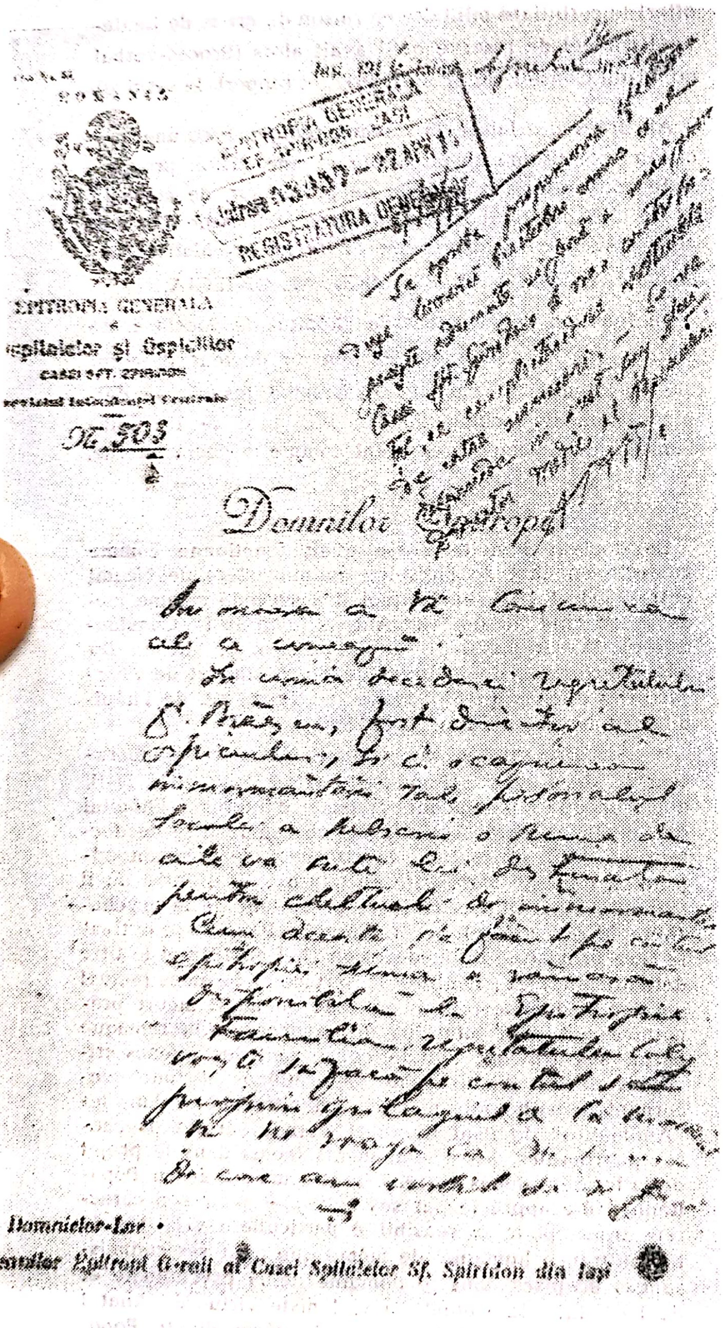
* Antohi Nicolae a terminé ses études à la Faculté de médecine de Iasi en 1889.

** Le docteur Panaite Zosin (27 juin 1873 — Gorbăneşti—Botoşani, 6 décembre 1942 — Iasi) a occupé le poste de Socola jusqu'en 1907, en continuant de travailler comme professeur suppléant à la Faculté de médecine ou il a donné le cours de „la clinique de maladies nevreuses et mentales", jusqu-'en automne 1912 quand la chaire est occupée à la suite d'un concours par C. I. Parhon (qui a obtenu 12 des 16 voix du Conseil de l'Université „Al. I. Cuza"). Socialiste utopique enthousiaste, le dr. Panaite Zosin a son mérite de vulgarisateur optimiste de la psychiatrie. Entre 1893 et 1911 il a publié 49 titres divers, où se faisait remarquer un penchant vers le positivisme sociologique (cf. Antoneta Gavril : *Contributions à l'historique de la neurologie et de la psychiatrie à la Faculté de médecine de Iasi*; travail de licence rédigé en 1962 pour la discipline de l'Histoire de la médecine).

Le docteur Panaite Zosin avait fonctionné comme médecin en chef de l'hospice du monastère de Neamţ entre 1903 et 1904, après quoi il a succédé comme médecin en chef au docteur Antohi (d'après D. Constantinescu, A. Grigorescu. Val Grigorescu, S. Miron : *Du passé historique de l'hôpital de Tg. Neamţ et de l'hospice des aliénés du Monastère de Neamţ* ed. de l'hôpital Tg. Neamţ, 1972, p. 72 et 112).

* Al. Brăescu a eu comme premier collaborateur le dr. Corneliu Popa-Radu (1882 Iasi—1934 Iasi), qui a occupé par concours le poste d'interne à l'hôpital de Socola en 1906. Après avoir obtenu le titre de docteur en 1908 et soutenu le concours de médecin adjoint, il devient spécialiste en psychiatrie à Paris, où il travaille avec Dubois (celèbre promoteur de la psychothérapie rationnelle). Le dr. Corneliu Popa-Radu obtient le titre provisoire de médecin en chef en 1918 et le titre défenitif en 1922; il dirige le service I Femmes (actuel service I Hommes) jusqu'en 1934 quand il meurt prématurement d'un infarctus du myocarde. On remaque parmi ses travaux l'étude concernant les aliénés criminels et les suicides chez les aliénés, l'étude concernant la pathologie mentale (chapitre publié dans les „Anomalies" de Paul Bourget), l'étude sur les psychoses puerperales, les amendements inclus dans le projet de la loi des aliénés en 1925. Tout comme Brăescu, Popa-Radu a été apprécié par ses collègues pour son caractère franc, pour sa sensibilité particulière vis-à-vis de la souffrance humaine, de même que pour ses connaissances acquises dans le domaine de la psychologie et de l'art, lui-même étant un violoniste virtuose : Anatol Blinov, *Allocution à l'occasion du décès du dr. Popa-Radu* Bull. de la Soc. N.P.E., 1934 no. 5. Charlotte Ballif, *In memoriam dr. Maria Parhon et dr. Corneliu Popa-Radu*, Rev. Med.-Chir., 1969, no 1, p.234—235.

La signification de l'oeuvre du docteur Brăescu et l'estime dont il a joui ressortent aussi du rapport no. 503 du 26 août 1917, adressé aux membres du Conseil par le professeur C. I. Parhon qui considérait que „L'hospice de Socola est en très grande partie la réalisation du docteur Brăescu". Par conséquent il propose que les quelques centaines de lei restés de la souscription en vue des dépenses de funérailles (restés disponibles car l'enterrement a été à la charge du Conseil) soient utilisés pour commander un buste qui soit mis dans l'enceinte de l'hôpital".



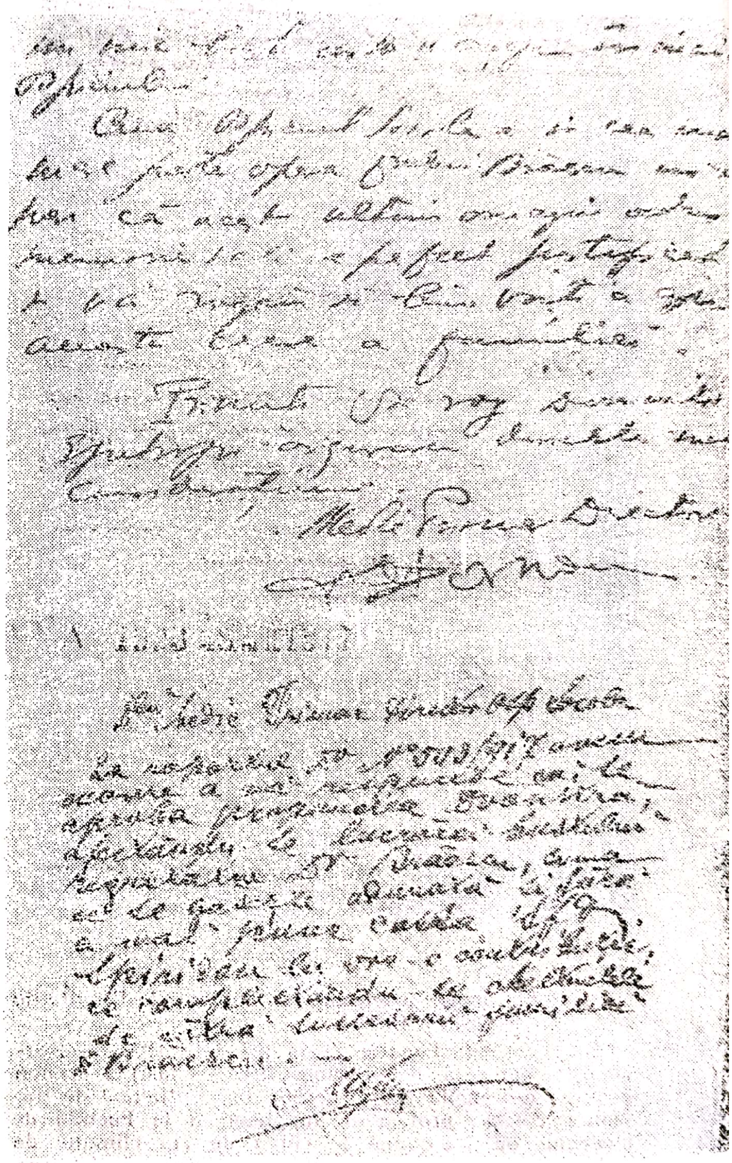
EPITROPIA GENERALA
Spitalelor şi Ospiciilor
CASEI SFT. SPIRIDON

No. 503

EPITROPIA GENERALA
SF. SPIRIDON IAŞI
REGISTRATURA GENERALĂ

Domnilor Epitropi

Domnielor-Lor
Domnilor Epitropi G-rali ai Casei Spitalelor Sf. Spiridon din Iaşi

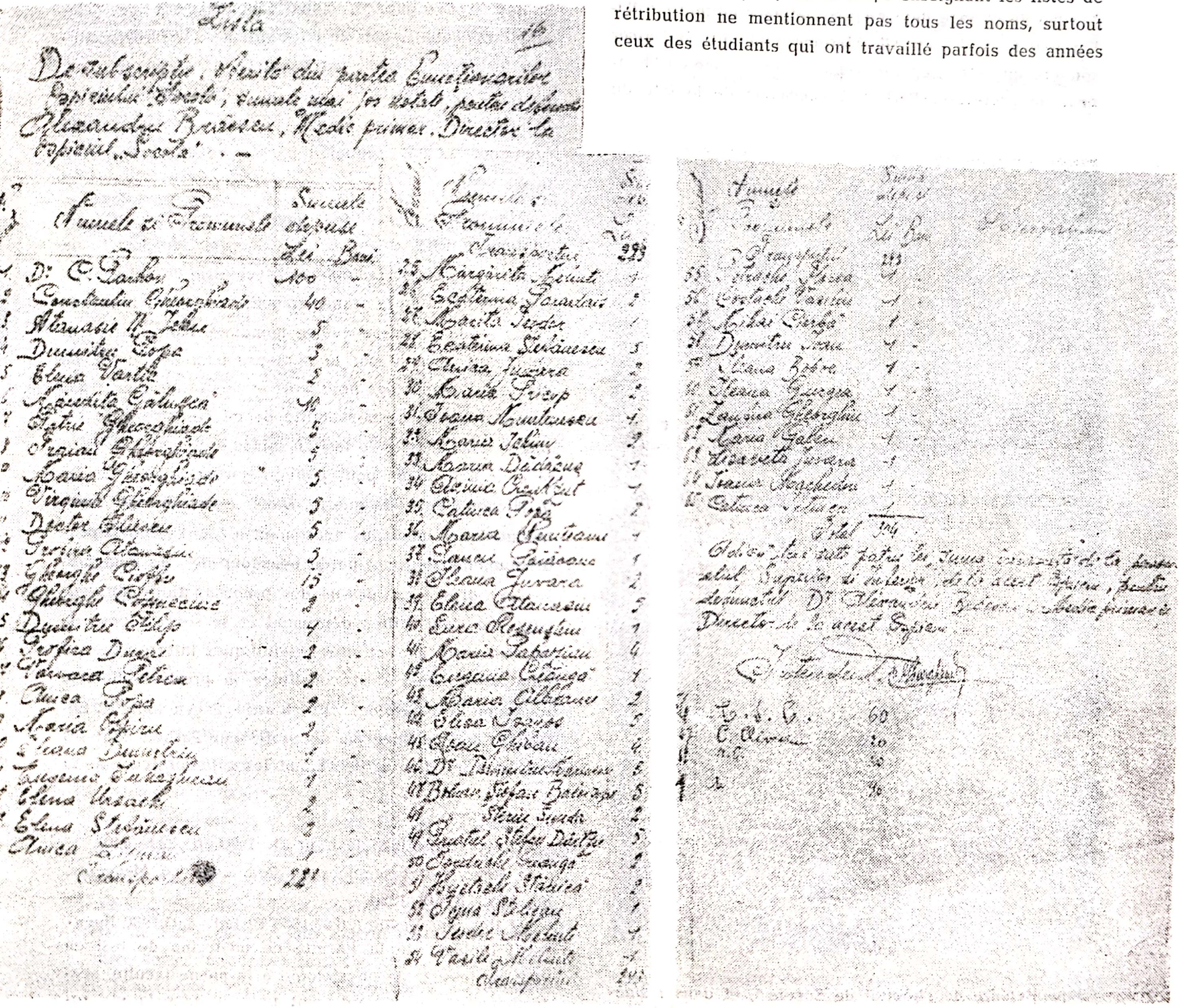


Comme nous l'écrivions dans notre *Itinéraire psychiatrique*, ce buste réalisé de façon à orner le bureau du directeur, a disparu pendant la dernière guerre et avec lui a disparu la dernière image physique d'un homme si remarquable.

En évoquant ces événements, il est nécessaire de remarquer que, dans son discours prononcé à l'occasion du cinquantenaire de Socola, le professeur C. I. Parhon a rendu hommage en tout premier lieu à la mémoire du docteur Brăescu et a insisté pour que l'inscription commémorative (avec le nom du directeur, qui était alors cachée par un panneau) soit mise en évidence.

„La liste de souscription" réalisée par les employés de l'hospice Socola pour feu Alexandru Brăescu, médecin en chef, directeur de l'hospice Socola, signée par 65 personnes (à rapprocher des 52 qu'on peut trouver dans le tableau du personnel, en 1918 et 63 en 1919), peut donner une image du personnel à Socola à cette époque. Ainsi on peut retenir premièrement qu'à Socola exerçaient, à côté du professeur Parhon, les médecins adjoints A. I. Iliescu et Dumitru Marinescu, l'interne Elisa

Isanos Balan (l'épouse du docteur Mihai Isanos, le futur médecin en chef de l'hôpital de Costiugeni) et le docteur Corneliu Popa-Radu (qui n'apparait pas sur la liste étant mobilisé alors dans le régiment 4 Arges).



Lista

De subscripţie, strânse din partea funcţionarilor Ospiciului „Socola", sumele mai jos notate, pentru d-lui Alexandru Brăescu, Medic primar, Director la Ospiciul „Socola". —

	Numele şi Pronumele	Sumele depuse Lei	Bani
1	Dr. C. Parhon	100	–
2	Constantin Gheorghiade	40	–
3	Atanasie N. [illegible]	5	–
4	Dumitru Popa	3	–
5	Elena Vartic	2	–
6	[illegible] Călugăr	10	–
7	Petru Gheorghiade	5	–
8	[illegible] Gheorghiade	5	–
9	Maria Gheorghiade	5	–
10	Virginia Gheorghiade	3	–
11	Doctor [illegible]	5	–
12	[illegible]	3	–
13	Gheorghe [illegible]	15	–
14	Gheorghe [illegible]	2	–
15	Dumitru Filip	4	–
16	Profira [illegible]	2	–
17	Varvara Petrea	2	–
18	[illegible] Popa	2	–
19	Maria [illegible]	2	–
20	Ileana Dumitriu	1	–
21	[illegible]	1	–
22	Elena Ursache	2	–
23	Elena Stoianescu	2	–
24	Anica [illegible]	1	–
	Transport	221	

	Numele şi Pronumele	Sumele
	Transport	223
25	Margareta [illegible]	1
26	Ecaterina [illegible]	2
27	[illegible] Teodor	1
28	Ecaterina Ştefănescu	5
29	Elvira Juvara	2
30	[illegible]	2
31	Ioana Munteanu	1
32	Maria [illegible]	2
33	Maria [illegible]	1
34	[illegible]	1
35	Catinca Popa	2
36	Maria [illegible]	1
37	[illegible]	1
38	Ileana Juvara	2
39	Elena [illegible]	5
40	[illegible]	1
41	Maria [illegible]	4
42	[illegible]	1
43	Maria [illegible]	2
44	[illegible]	5
45	[illegible]	4
46	Dr. [illegible]	5
47	[illegible]	5
48	[illegible]	2
49	[illegible]	5
50	[illegible]	2
51	[illegible]	2
52	[illegible]	1
53	[illegible]	1
54	Vasile [illegible]	1
	Transport	2[illegible]

	Numele şi Pronumele	Suma depusă Lei	Bani	Observaţiuni
	Transport	293		
55	[illegible]	1		
56	[illegible]	1	–	
57	Mihai [illegible]	1	–	
58	Dumitru Ioan	1	–	
59	[illegible]	1	–	
60	Ileana [illegible]	1	–	
61	[illegible] Gheorghiu	1	–	
62	Maria [illegible]	1	–	
63	[illegible] Juvara	1	–	
64	Ioana [illegible]	1	–	
65	Catinca [illegible]	1		
	Total	304		

[illegible] suma colectată de la personalul superior şi inferior de la acest Ospiciu, pentru domnul Dr. Alexandru Brăescu, Medic primar Director de la acest Ospiciu.

Intendent, [illegible]

	[illegible]	60
	C. [illegible]	20
	[illegible]	30
	[illegible]	40

Le reste de ce paragraphe :

pour les années 1927—1929 et 1931—1941. Pour établir ces données, en depit de certains risques, dans l'annexe jointe à cette étude nous essayons de reconstituer chronologiquement le corps médical et celui des autres collaborateurs ayant fait des études supérieures, tentative qui nous expose à des erreurs supplémentaires à cause du fait que pour le corps enseignant les listes de rétribution ne mentionnent pas tous les noms, surtout ceux des étudiants qui ont travaillé parfois des années à Socola comme infirmiers ou comme internes sans rémunération.

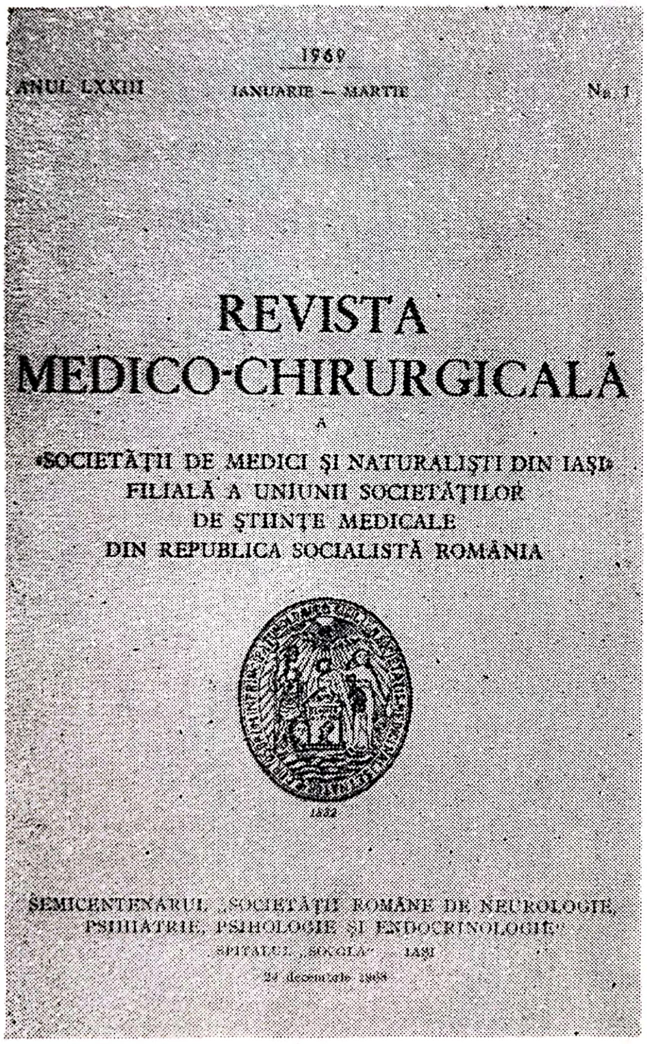
En conséquence, nous serions obligés à ceux qui en ont la possibilité de nous communiquer les informations susceptibles de faire revivre l'activité de ceux qui ne sont plus au faîte de leur carrière ou bien sont tombés dans l'oubli.

*

Selon les précisions déjà données, depuis novembre 1918, l'hospice de Socola avait été transféré à l'Etat et à cette date dans l'hôpital il y avait 148 malades. De la même époque datent les listes de rétribution qui ont survécu en bonne partie à la deuxième guerre mondiale.

Dans ces listes il y a un nouvel hiatus inexplicable

L'étape de configuration déterministe scientifique de l'école traditionnelle de Socola. Chose généralement connue, à partir de 1912 Socola s'engage dans une étape de développement prodigieuse et prestigieuse à partir du moment où le Conseil de l'Université „Al. I. Cuza" a élu comme professeur à la clinique des „maladies nerveuses et mentales" le docteur C. I. Parhon, homme de science déjà reconnu en sa qualité de collaborateur du professeur Gh. Marinescu. On a insisté assez souvent sur cette étape, on a publié un volume en l'honneur du professeur Parhon à l'occasion de la fête du cinquantenaire de l'hôpital de Socola *, et dans *l'Itinéraire psychiatrique* on lui a consacré un chapitre à part **.



1969

ANUL LXXIII IANUARIE — MARTIE Nr. 1

REVISTA
MEDICO-CHIRURGICALĂ
A
«SOCIETĂŢII DE MEDICI ŞI NATURALIŞTI DIN IAŞI»
FILIALĂ A UNIUNII SOCIETĂŢILOR
DE ŞTIINŢE MEDICALE
DIN REPUBLICA SOCIALISTĂ ROMÂNIA

1833

SEMICENTENARUL „SOCIETĂŢII ROMÂNE DE NEUROLOGIE,
PSIHIATRIE, PSIHOLOGIE ŞI ENDOCRINOLOGIE"
SPITALUL „SOCOLA" — IAŞI
24 decembrie 1968

De même, le 50-éme anniversaire de la fondation, à Iasi, par C. I. Parhon, de la première *Société roumaine de Neurologie Psychiatrie et Endocrinologie (N.P.P.E.)* a été fêtée à Socola, le 24 décembre 1968, au cours d'une session scientifique dédiée à l'évocation des membres fondateurs, et les communications présentées alors ont été publiées séparément dans la Revue Médico-Chirurgicale *.

Parce que nous n'avons pas toujours à notre portée des informations satisfaisantes sur Socola et son école médicale, destinées à servir comme référence pour des études d'envergure **, nous revenons sur ces éléments évocateurs comme leit-motif de notre reconstitution historique. Ainsi, par exemple, dans son discours, l'académicien Vasile Rascanu, qui a été le contemporain et l'ami des membres fondateurs de la première Société roumaine N.P.P.E., rappelait alors avec sa ferveur habituelle *** :

„Ma pensée me plonge dans le passé, au mois de septembre 1918, quand est née la première Société de Neurologie, Endocrinologie et Psychiatrie de notre pays. C'était à la fin de la grande tragédie vécue par le monde entier — la première guerre mondiale. Notre pays envahi était accablé par la honteuse paix de Buftea. La classe dirigeante des bourgeois et des propriétaires qui portait toute la responsabilité de ce désastre était réfugiée dans la ville de Iasi en ruines et essayait de faire la cour à l'ennemi pour pouvoir garder le plus de ses privilèges d'avant la guerre. Dans cette ambiance sinistre, quelques médecins apartenant à une catégorie professionnelle qui avait perdu beaucoup de vies humaines se sont dressés au-dessus des préoccupations déterminantes de leur milieu déprimant et se sont proposé de renouer avec les activités scientifiques interrompues si longtemps. Ainsi s'est constituée la première Société roumaine de Neurologie, Psychiatrie, Psychologie et Endocrinologie, dirigée par le professeur Parhon dont les membres les plus actifs étaient les collaborateurs de la

---

* *Les travaux de la session „Acad. C. I. Parhon" à l'occasion du cinquantième anniversaire de l'hôpital de Socola*. ed. Hôp. Socola, 1957.

** P. Brânzei, *Itinéraire psychiatrique*, p. 68—81.

---

* Rev. Med.-Chir., Iaşi, nr. 1, 1969, p. 229—446.

** *Histoire des sciences en Roumanie. La Médecine*, Ed. Acad. R.S.R., 1980.

*** Răşcanu Vasile (20.07.1885 Bîrlad—4.05.1980 Bucureşti) diplômé de la Faculté de médecine de Iasi en 1912, professeur de physiologie à la même faculté, académicien et remarquablement présent dans la vie sociale. Organisateur et chef administratif par vocation, il a contribué essentiellement à la construction du nouveau bâtiment de la faculté de médecine de Iasi, à la modernisation de l'hôpital central de Sf. Spiridon et de la station balnéoclimatique Slănic-Moldova ; il a dirigé, pendant longtemps, la Société des Médecins et des Naturalistes et la Revue Médico-Chirurgicale, et a été l'ami et le collaborateur tout proche de l'école de Socola.

chaire universitaire et parmi lesquels quelques uns étaient aussi membres de la „Société des Médecins et des Naturalistes" de Iasi. La naissance de cette société créée dans des conditions de désastre moral constitue un acte révolutionnaire, parce que — selon les données fournies par son développement ultérieur — dans cette société on discutait des problèmes médico-sociaux et on agitait des idées qui arrachaient les jeunes intellectuels à la mentalité obscurantiste qui dominait la plupart des intellectuels roumains pendant les premières années d'après la première guerre. Au nom de la Société des Médecins et des Naturalistes je rends hommage et considération à la mémoire des fondateurs de la première Société roumaine de Neurologie, Psychiatrie, Psychologie et Endocrinologie, qui sont restés fermes à côté du professeur Parhon. Je me souviens avec beaucoup de respect de quelques uns des plus importants de ces collaborateurs : dr. Emil Savini, dr. Maria Parhon, dr. Corneliu Popa-Radu, dr. Arnold Stocker et d'autres, qui ont lutté à côté du professeur Parhon et ont fondé cette société scientifique. Cette société a été la veritable „Ecole de Socola", elle a servi non seulement du point de vue scientifique comme une révélation d'un passé scientifique mais en même temps comme une société qui répandait des idées avancées, de grandes idées progressistes, tout cela représentant la véritable Ecole de Socola".

*

En évoquant l'histoire de la première Société roumaine de Neurologie, Psychiatrie, Psychologie et Endocrinologie et les perspectives actuelles dans le développement des traditions de l'Ecole de Socola j'ai rappelé les éléments suivants :

„Le 9 septembre il y a 50 ans, ici, dans l'hôpital Socola, un groupe de 7 hommes de science progressistes, des maîtres aux idées avancées et des combattants pour l'émancipation des masses des ténèbres de la misère, de l'ignorance et des discriminations sociales de toutes sortes, ont fondé la première „Société roumaine de Neurologie, Psychiatrie, Psychologie et Endocrinologie" dont le premier bureau était ainsi constitué :

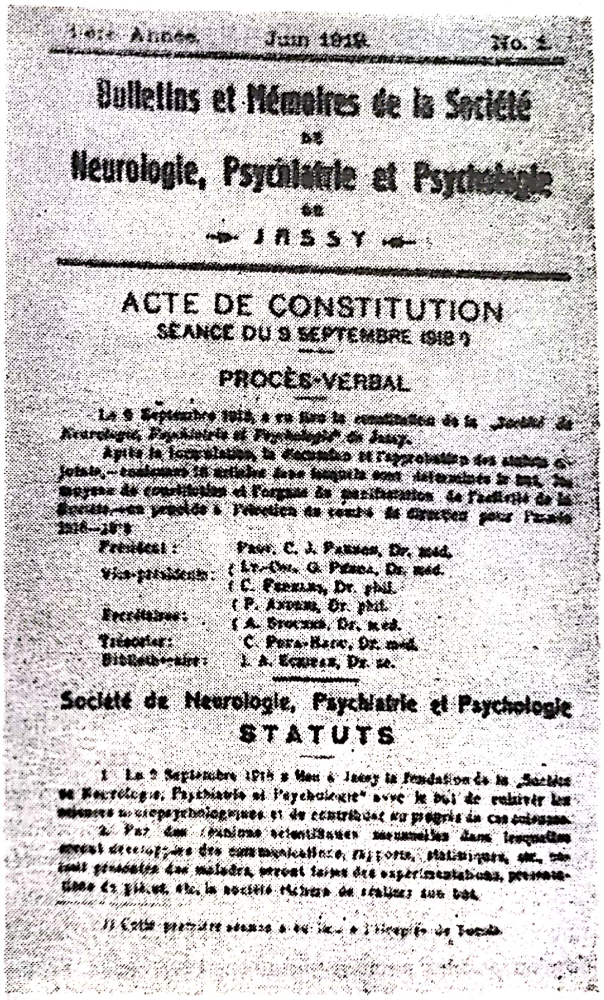
Président : le professeur C. I. PARHON ;

Vice-présidents : dr. GH. PREDA et CONSTANTIN FEDELEȘ, docteur en sciences philosophiques ;

Secrétaires : dr. ARNOLD STOCKER et PETRE ANDREI, docteur en sciences philosophiques ;

Trésorier : dr. CORNELIU POPA-RADU ;

Bibliothécaire : I. A. SCRIBAN, docteur en sciences biologiques



1-ère Année. Juin 1919. No. 1

Bulletins et Mémoires de la Société de Neurologie, Psychiatrie et Psychologie de JASSY

ACTE DE CONSTITUTION

SÉANCE DU 9 SEPTEMBRE 1918

PROCÈS-VERBAL

Société de Neurologie, Psychiatrie et Psychologie

STATUTS

A côte des noms de ces personnalités éminentes inscrites dans l'acte de constitution du premier collectif de direction de la société, il faudrait rappeler aussi ceux du docteur en physiologie Maria Parhon et du docteur Emil Savini, qui ont eux aussi contribué dès le début, pleinement, au développement de la recherche scientifique ; le résultat de leur travail doit être lui aussi évoqué à l'occasion de ce moment faste.

L'histoire de tous les temps montre que nulle part ailleurs que dans le domaine des problèmes bio-psycho-sociaux que la psychiatrie synthétise, on n'a dépensé autant d'énergie, d'abnégation et d'affection pour l'homme souffrant, car aucune des disciplines des sciences naturelles n'a eu à affronter des oppositions si rigoureuses de la part des mentalités rétrogrades. Dans les conditions de notre société actuelle dépourvue d'oppresion et de discriminations, en plein essor scientifique et culturel, la personnalité des pionniers de la psychiatrie roumaine moderne et contemporaine apparait d'autant plus saillante et exemplaire. En ce sens il suffit de relire l'article „Comment étaient considérés et traités les aliénés en Roumanie", publié dans la revue des Médecins et des Naturalistes en 1903, par le docteur Al. Brăescu, d'origine paysanne, né à Burdusaci—Zeletin, qui a fait de brillantes études à la Faculté de Médecine de Iasi, le premier professeur bénévole de psychiatrie, le fondateur et le premier directeur de cet hôpital qui a été ouvert en 1905. Il suffit de relire l'article mentionné pour comprendre combien de persévérence et d'abnégation il a dépensé pour réaliser le premier établissement psychiatrique moderne en Moldavie. Que de force d'action et que de passion pour déchifrer le déterminisme bio-psychologique et quelle soif d'affirmer la pensée indigène il a fallu au premier professeur titulaire de la chaire de „maladies mentales et nerveuses" de Iasi, l'académicien C. I. Parhon, lui-aussi directeur de l'hôpital, pour consolider et imposer dans le monde entier son école de „Socola". Quel travail a dépensé le collaborateur de l'académicien C. I. Parhon, son successeur dans la chaire et à la direction de l'hôpital, le professeur Leon Ballif, pour introduire et ensuite développer un esprit novateur dans le domaine de la psychiatrie par l'approfondissement de la neuro-psycho-physiologie et de la biochimie, ainsi que pour développer le concept moderne d'hygiène mentale. Quelles difficultés a-t-il dû vaincre pour assurer la publication sans interruption du bulletin de la Société, jusqu'au dernier numéro paru en 1947, sous l'empire d'une intolérance visible envers l'école de Socola, considérée comme un foyer „d'avant-garde rouge", intolérance qui a abouti à la menace directe de fermer l'hôpital, en 1924—1925 et 1939—1940. Ce bulletin de la première „Société Roumaine de Neurologie, Psychiatrie, Psychologie et Endocrinologie", rédigé en français et qui, malgré des difficultés pécuniaires, a publié au cours de son existence à peu près 1000 titres, jouissait d'un prestige scientifique incontestable parmi les spécialistes du monde entier. Le prestige du bulletin de la société est mis en évidence, entre autres, par la fait qu'il avait inclus dans son sommaire des articles signés par des personnalités remarquables de l'étranger et aussi par la fait que, à l'adresse de l'hôpital de Socola continuent à parvenir des revues similaires du Japon et de l'Amérique latine.

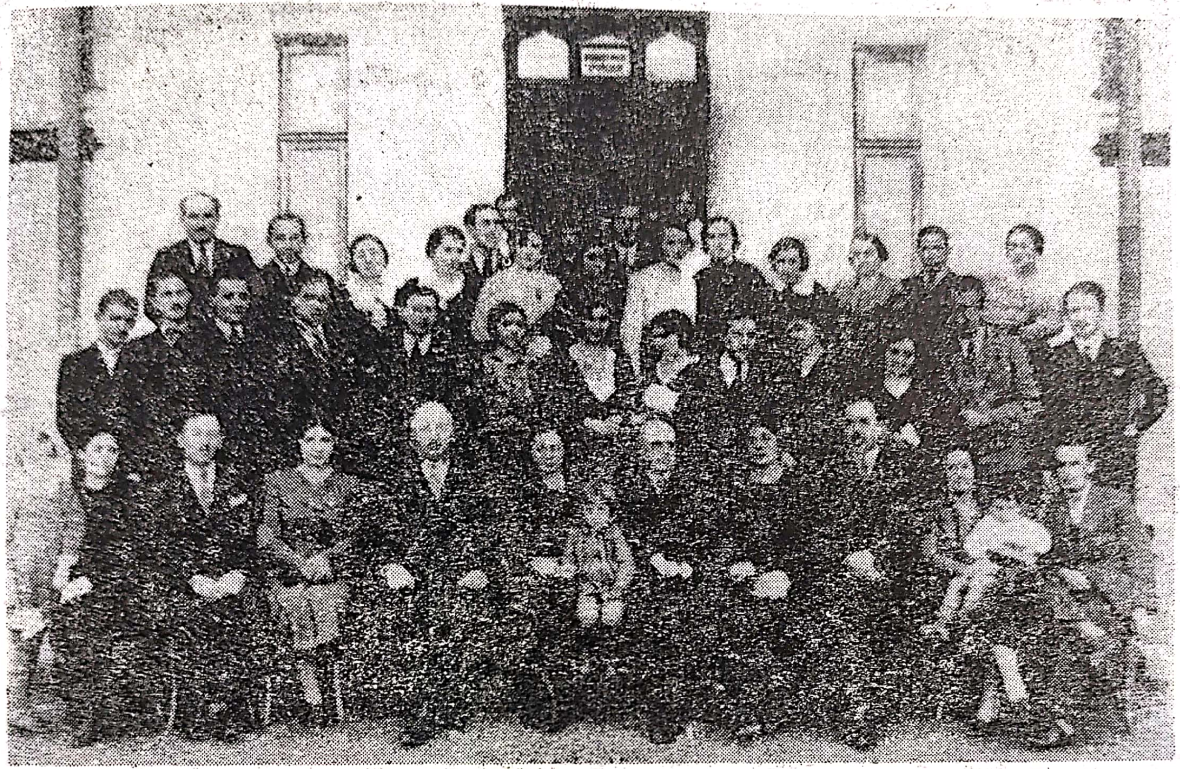
C'est grâce à la prodigieuse société scientifique de Iasi, entre 1924 et 1934, qu'ont pu être organisés 18 congrès, qui ont eu lieu, tour à tour, dans toutes les villes du pays où existait un hôpital de neuro-psychiatrie d'une certaine importance, ce qui a eu une influence considérable sur la formation d'une orientation matérialiste-scientifique sur l'étiopathogénie, la psycho-prophylaxie et l'assistence des malades psychiques.

L'ancienne Société Roumaine de Neurologie, Psychiatrie et Endocrinologie, fondée et développée à „Socola", a marqué aussi, pendant les années 1922—1924 une première différenciation psychiatrique à caractère national, organisant l'„Association des Psychiatres de Roumanie", qui a poursuivi avec ténacité la réalisation d'une législation protectrice pour les malades psychiques; il en est résulté, en 1930, pour la première fois au monde, la libération de l'hospitalisation dans les hôpitaux de psychiatrie.

Le modèle de l'„Association des Psychiatres de Roumanie" expérimenté par la Société de Neurologie, Psychiatrie, Psychologie et Endocrinologie de Iasi a pris corps à d'autres niveaux en 1956, dans les actuelles Sociétés indépendantes de Psychiatrie Neurologie et Neurochirurgie, avec un bulletin commun publié en roumain dans le cadre général de l'Union des Sociétés Médicales. L'esprit matérialiste-scientifique créateur de l'école de Socola s'est développé par la suite dans le contexte de la nouvelle Société de Psychiatrie, s'affirmant aussi d'une manière remarquable lors des congrès nationaux et internationaux.

Il va sans dire qu'en développant avec clarté et esprit de suite les traditions positives de l'école de Socola, les préoccupations de ses représentants actuels ne se bornent pas à une recherche aride, mais elles sont soutenues par un effort continuel de perfectionnement de l'organisation de l'assistance psychiatrique sur le territoire de la Moldavie. Ainsi on connait bien à présent les recherches de l'Ecole de Socola concernant les études d'épidémiologie, étiopathogénie, thérapie et psychoprophylaxie, tout comme celles sur l'asistance et la réhabilitation des malades psychiques. Dans l'esprit progressiste de l'école de Socola on a obtenu aussi, grâce à une action persévérante et documentée, une loi pour la rémunération de l'activité productive des malades, et aussi la mise en pratique de l'idée d'organiser des centres psycho-sociaux dont le rôle consiste, en tout premier lieu, dans l'organisation d'une collaboration active en équipe, des psychiatres avec les pédagogues, les psycholoques et les juristes, également intéressés dans le développement et la préservation d'une personnalité harmonieusement réalisée sur le plan individuel tout comme dans le domaine des relations sociales.

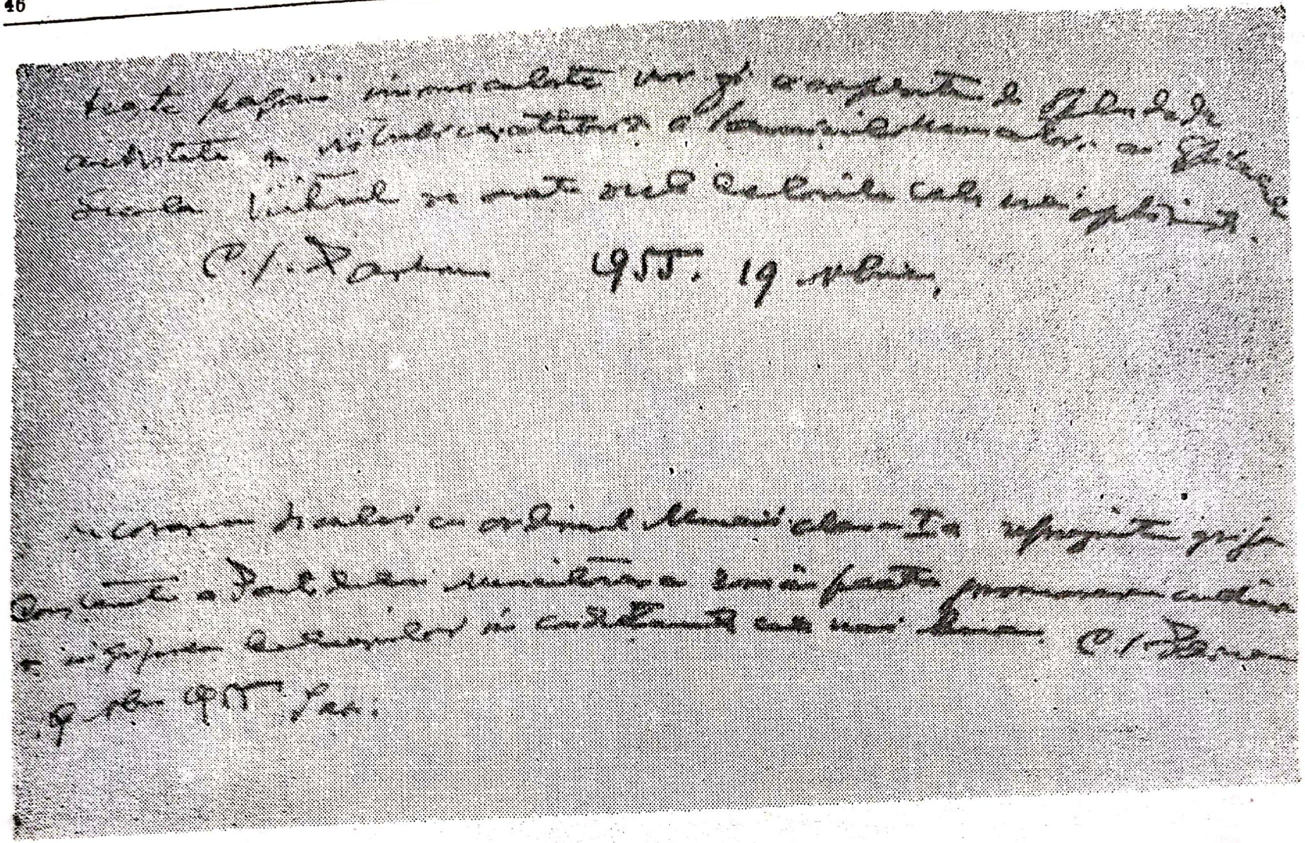
Etant l'un des médecins les plus âgés qui travaillent maintenant à l'hôpital de Socola, je me permets d'affirmer que le médecin est complètement formé et qu'il correspond à son métier de psychiatre seulement quand il se préoccupe de tout ce qui tient au malade qu'il soigne : ce qu'il mange, comment il dort, comment il est servi, quelle est l'ambiance morale dans laquelle il est obligé de vivre jusqu'à sa guérison. Nous devons manifester beaucoup de patience, de compréhension et une grande capacité à résoudre ses problèmes affectifs, ses besoins physiques. Sans cette préoccupation persévérante, d'une exigence intransigeante à l'égard de nous-mêmes et de nos obligations envers le malade, tout est réduit à une espèce de „fonctionnarisme" formel, vis-à-vis de quoi n'importe quelle condition, même optimale matérielle ou de travail et d'information, devient caduque et fondamentalement antihumaine. C'est justement l'orientation de l'Ecole de Socola et cela a été l'orientation de nos illustres professeurs et guides dans la profession. C'est justement l'orientation ferme de tous les gens de bonne foi du monde entier, qui luttent et qui lutteront lucides et persévérants jusqu'à l'ultime effort pour assurer une vie matérielle et morale des meilleures, pour nous mêmes et pour ceux qui nous suivront et nous jugeront d'après ce que nous avons fait, tout comme nous le faisons à présent en évoquant la personnalité des créateurs de l'„Ecole de Socola".



Le professeur dr. C. I. Parhon et ses élèves de l'hôpital „Socola" de Iasi le 31 octobre 1933. *Premier rang* — dr. Elena Preda-Derevici, dr. Isidor Orenstein, dr. Maria Briese, dr. Corneliu Popa-Radu, dr. Charlotte Ballif, prof. dr. Constantin I. Parhon, dr. Zoe Caraman, dr. Leon Ballif, dr. Emilia Cernăuţeanu-Orenstein, dr. Mihai Derevici. *Deuxième rang* — dr. Vladimir Corneleac, dr. Ştefan Hudiţă, Silviu Gheorghiu (administrateur), dr. Anatoli Blinov, dr. Natalia Lavrenenco, dr. Nina Trifon, dr. Eugenia Rusnac-Mârza, dr. Vasile Mârza, dr. Maria Vieru-Chelărescu, dr. Fani Branover, dr. Mihai Urzică, dr. Moise Ferdman. *Troisième rang* — dr. Iosif Cobilanschi, dr. Idel Gherşcovici, dr. Tatiana Gobjilă, dr. Maria Munteanu, Packer Diana (pharmacien), dr. Tatiana Gheorghiu, dr. Elena Parhon-Gheorghiţă, dr. Elena Glinoer, Asia Ballif-Chipail, dr. Gherta Werner, dr. Iuda Lunevschi, dr. Melania Frimu. *Quatrième rang* — dr. Nuţă Feldman, dr. Sergiu Tăriţă.

*

Dans le même cadre évocateur il faut mentionner la contribution remarquable, en qualité de contemporains proches du moment de la fondation de la Société N.P.P.E., de l'académicien Vasile Mârza et du maître de conférences Maria Briese (en ce qui concerne la constitution et le contenu des premières séances de travail de la société), de l'académicien professeur, docteur en psychologie, Vasile Pavelcu (concernant Constantin Fedeleş et Petru Andrei), du professeur docteur Gheorghe Năstase (concernant Emil Savini et Arnold Stocker), du docteur Charlotte Ballif (concernant Maria Parhon et Corneliu Popa-Radu), du maître de conférences Maria Briese (concernant Gheorghe Preda), du maître de conférences dr. Zoe Caraman (concernant le professeur Leon Ballif, qui a continué l'école de Socola), du professeur dr. Constanţa Parhon-Ştefănescu (concernant les congrès organisés par la Société entre 1920 et 1938).

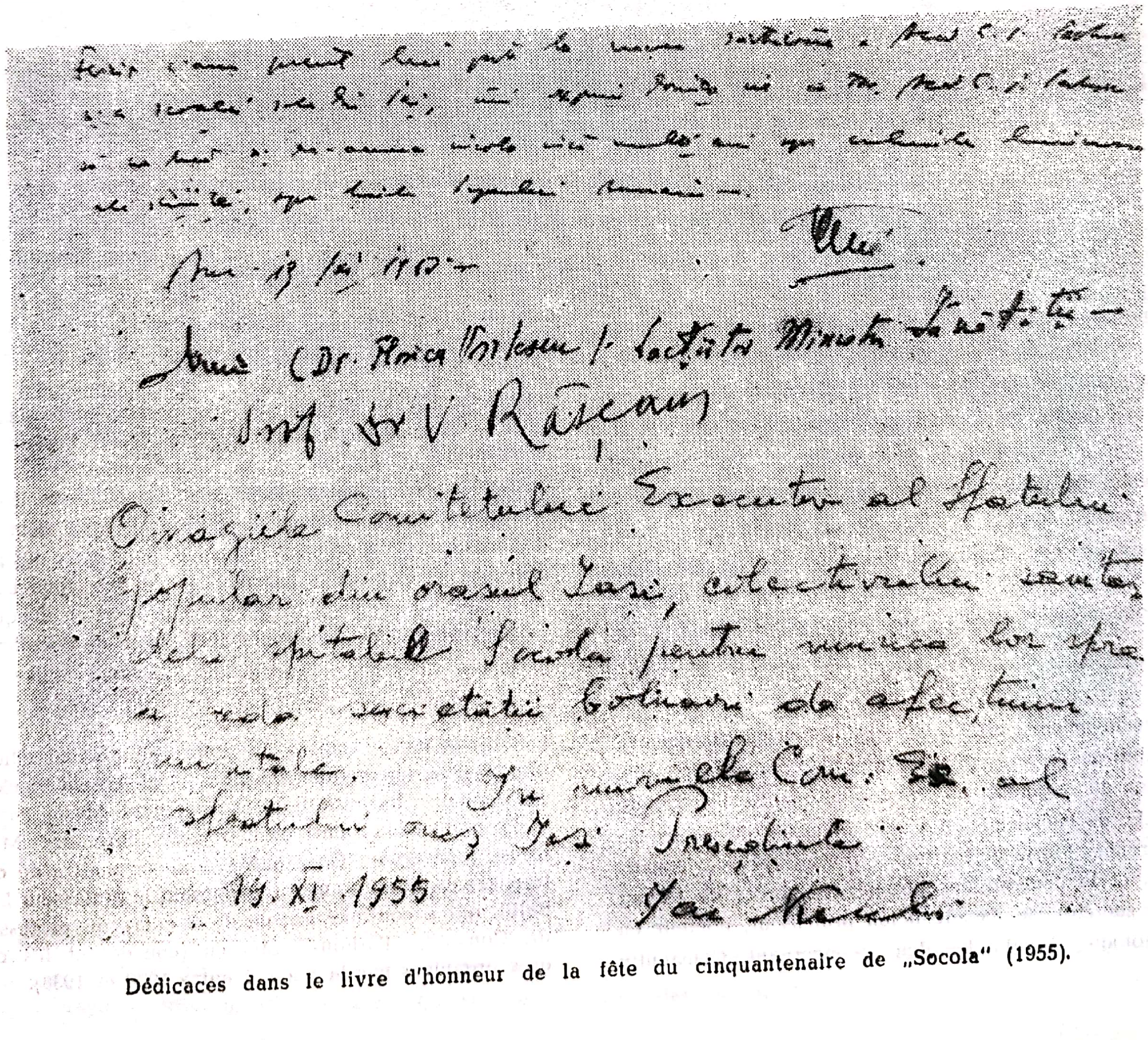


[illegible]

C. I. Parhon 1955. 19 [illegible]

[illegible] C. I. Parhon

19 nov 1955 Iași.



[illegible]

Iași 19 [illegible] 1955

Prof Dr V Rășcanu

Omagiile Comitetului Executiv al Sfatului popular din orașul Iași, colectivului sanitar de la spitalul Socola pentru munca lor spre a reda societății bolnavii de afecțiuni mintale.

În numele Com. Ex. al Sfatului Iași Președinte

19. XI. 1955

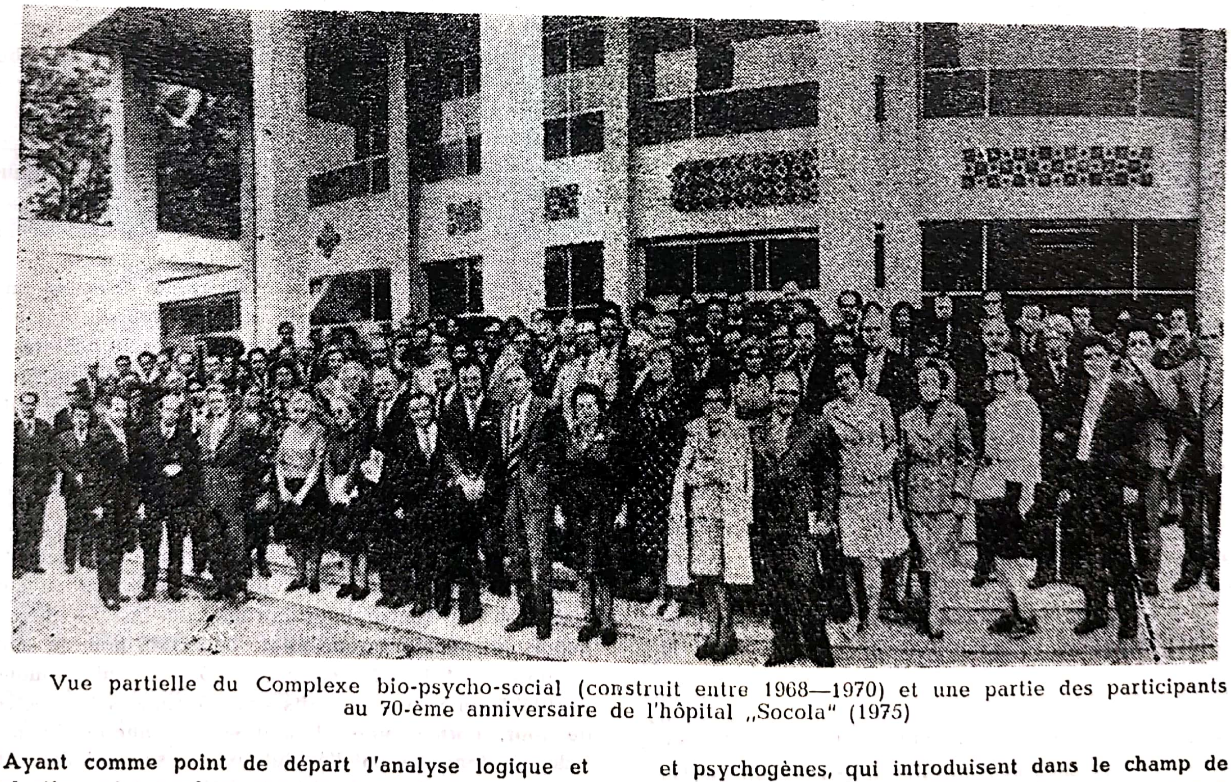
Dédicaces dans le livre d'honneur de la fête du cinquantenaire de „Socola" (1955).

*

L'étape du constructivisme contemporain de l'Ecole de „Socola". L'activité et les congrés organisés par l'ancienne société N.P.P.E. ont acquis une nouvelle qualité dans les manifestations scientifiques prestigieuses qui ont été organisées périodiquement après 1965, l'école actuelle de Socola ayant maintenu et amplifié sa signification traditionnelle dans la culture nationale et internationale.

Ainsi, à l'occasion de la première Session scientifique de la série *Santé mentale et psychiatrie sociale* ayant comme thème *Relations interdisciplinaires de la psychiatrie* — dédiée à l'anniversaire des 70 années d'éxistence de l'hôpital Socola, dans l'article concernant *l'Ecole de „Socola" et la psychiatrie tridimensionnelle*, j'ai apporté les précisions nécessaires sur le rôle actuel de cette école dans la dynamique de la psychiatrie contemporaine. *

[...] L'évolution — assez souvent décourageante — des psychosyndromes qui déterminent une situation de handicap en ce qui concerne les possibilités d'adaptation et d'intégration socio-professionnelle a constitué, en fait, l'un des moments critiques de la psychiatrie, qui a conduit, dans quelques pays, à la ségrégation formelle de ses parties composantes et à la configuration apparemment indépendante d'une psychiatrie biologique, d'une psychiatrie psychologique et d'une psychiatrie sociale.


Vue partielle du Complexe bio-psycho-social (construit entre 1968—1970) et une partie des participants au 70-ème anniversaire de l'hôpital „Socola" (1975)

Ayant comme point de départ l'analyse logique et dialectique des confrontations interpsychiatriques, dans l'esprit des traditions déterministes, scientifiques et humanistes de l'„Ecole de Socola" et de la psychologie roumaine en général, nous sommes parvenus à un concept intégratoire bio-psycho-social — dynamique et unitaire en même temps — qui impose la considération concomitante autant des rapports entre le contenu et la forme des parties composantes, que de l'être humain comme un tout, refletée par son niveau de conscience vis-à-vis des éléments normatifs d'une société quelle qu'elle soit.

Grâce à ce concept tridimensionnel, on peut déduire aussi les conséquences d'une prévision psychiatrique écolo-épidémiologique structurée d'après des critères à la fois nosologiques, psychologiques et sociologiques, qui s'accordent nécessairement avec la politique de l'OMS concernant la défense de la santé physique, mentale et sociale.

L'orientation tridimensionnelle de la psychiatrie contemporaine, pour laquelle nous militons sans trêve, s'impose d'autant plus dans les conditions de notre société en plein essor, où à côté du développement d'une jeune génération vigoureuse et de l'augmentation de la durée moyenne de vie de la population, qui est l'effet de l'amélioration progressive des conditions économiques et culturelles et du progrès du niveau de conscience concernant la santé de la population, il apparait en même temps l'accumulation — comme produit de la civilisation — des effets négatifs de toute une série de nuisances polluantes biogènes et psychogènes, qui introduisent dans le champ de la santé mentale une causalité complexe avec un potentiel différent du point de vue qualitatif, autant dans l'apparition du risque d'échec adaptatif, que dans la dynamique de l'épidémiologie psychiatrique. Il devient notoire qu'à côté de la disparition de quelques psychoses en corrélation avec les situations traditionnelles, on constate à présent une augmentation soutenue des demandes d'assistance pour les psychosyndromes qui sont à la limite de l'état normal, ainsi, par exemple, les névroses, les dysharmonies de la personnalité, les états asthéno-dépressifs, alcoolophiliques ou les psychosyndromes de l'âge avancé.

---

* P.Brânzei, *L'Ecole de „Socola" et la psychiatrie tridimensionnelle*, dans le vol. *Les relations interdisciplinaires de la psychiatrie*, Ed. Hôp. Socola, Iasi, 1964, p. 11—14.

Dans la même prospective d'organisation de la défense de la santé mentale on prêtera attention aux conclusions de la recherche réalisée par l'équipe du Service psycho-social de Iasi, sur 5 000 adolescents, recherche qui a montré entre autres le risque d'échec adaptatif dû aux interférences marginales d'une multitude de facteurs négatifs bio-psycho-socialaux, facteurs multiples que nous réunissons dans le sens du mont „hypophrénie" et dont les limites sont situées dans la zone incertaine des perturbations psychiques et de la sanogénèse mentale *.

L'intervention d'un éventuel coefficient statistique n'a pas, bien entendu, un sens fatidique parce que le processus d'adaptation aux conditions sociales que l'adolescent „assimile" et envers lesquelles en même temps il réagit, détermine naturellement un état permanent de conflit, expression de la confrontation entre la réalité et les idéaux de réalisation. La solution de ce problème reste incertaine à cause des conditions variables dans lesquelles chaque jeune réalise sa propre expérience de vie.

En faisant ainsi référence au risque d'échec adaptatif des jeunes, en fonction des situations de leur développement, l'expérience du centre psychiatrique de Iasi conduit à la conclusion que les troubles de comportement sont déclenchés, en premier lieu, par les facteurs de l'ambiance, conclusion qui devient objective aussi dans l'orientation que nous imposons à l'expertise psychiatrique comme facteur actif d'assistance médico-sociale.

La signification dynamique du concept tridimensionnel dans la perspective de la santé mentale peut être, enfin, déduite aussi de l'analyse nosologique — et, respectivement étiopathogénique — des facteurs de handicap socio-professionnel. Celui-ci est exprimé par la répartition des causes de l'incapacité permanente de travail, dont nos recherches ont montré qu'elle a été, pour les dix dernières années, de 24% de psychoses contre 76% de psychosyndromes à la limite du normal. Ce sont des données, qui, d'ailleurs, s'accordent avec celles de l'OMS.

De tout ce que nous venons d'énoncer, on peut déduire justement les actions complexes prophylactiques-curatives et d'organisation qu'il est nécessaire de mener à bien à l'avenir dans des actions prioritaires, actions qui correspondent, d'ailleurs, à l'esprit politique du projet à long terme concernant le développement de la psychiatrie et la defense de la santé mentale, mis en pratique par le Ministère de la Santé à partir de 1972.

La perspective épidémiologique qui se trouve en corrélation avec les possibilités prophylactiques-curatives de la psychiatrie contemporaine (celle-ci étant à son tour en relation avec les prévisions d'un ample développement socio-économique et culturel de notre société), nous conduit obligatoirement à admettre que, outre la possibilité d'assurer un minimum de lits, *il est simultanément nécessaire de développer l'assistance psychiatrique extra-hospitalière avec ses diverses modalités en vue de l'adaptation et de la réintégration du handicapé mental*.

*

L'intégration dynamique du potentiel de la psychiatrie contemporaine entraîne aussi une discussion sur les perspectives du développement de l'hôpital psychiatrique. En ce sens, les médecins ont observé, il y a déjà longtemps, que l'évolution des malades psychiques est plus favorable lorsque, à côté d'une médication adequate, ils sont entraînés aussi dans une activité quelconque. De cette constatation on a abouti à la diversification de la psychothérapie par l'adjonction de diverses occupations, et ensuite aux diverses formes d'ergothérapies en groupe, comme composante de la sociothérapie de réintégration, compte tenu des capacités restantes de chaque malade.

Partant de ces conclusions sur la thérapie et prenant en considération la signification stimulatrice et humanitaire de la rémunération équitable de l'activité, nous avons développé dans le centre psychiatrique de Iasi, pour les malades à évolution de longue durée, l'hôpital „Tabăra" du village de Sipote. Cet hôpital a un profil ergothérapique ouvert de type ferme agro-zootechnique, avec une surface de 200 hectares et une capacité de 426 lits, et son organisation est en plein essor. L'expérience positive réalisée à l'hôpital „Tabăra" a contribué à l'élaboration de la Décision du Conseil des Ministres no. 1210/1970, concernant la rémunération équitable de l'activité productive du handicapé psychique, décision qui comporte une remarquable signification éthique, grâce à son caractère stimulatif et en même temps protecteur, non seulement chez nous, mais aussi sur le plan international.

En persévérant, ensuite, dans la même direction on a réalisé l'unité „Pădureni" du village Grajduri, qui a le même profil, avec un terrain agricole de 30 hectares et une capacité de 310 lits, avec un secteur à part de 60 lits pour les enfants. A ces structures, pour l'assistance des malades à évolution longue il faut ajouter la section „Galata" de 250 lits pour femmes et enfants où l'on favorise un climat familial; il y a aussi une section de 110 lits à Răducăneni qui tout comme celle de Galata a un profil de protection comportant des activités simples domestiques et d'atelier. La structure en constellation du centre psychiatrique de Iasi — devenu depuis janvier 1975 zone pilote de l'OMS pour la santé mentale — et dont le noyau est l'hôpital clinique monoprofilé Socola avec 810 lits dont 50 places en secteur de jour, permet une circulation continuelle du malade, en fonction de l'évolution de sa maladie. Les relations avec le reste du territoire sont assurées par l'intermédiaire du Service psycho-social dénommé selon le code administratif „laboratoire de sante mentale'. Ce service a été institué comme personne juridique — à titre expérimental — pour la première fois dans notre pays en 1969. Il compte à présent 43 cadres spécialisés qui réalisent une seule et même équipe avec l'hôpital dans son action prophylactique-curative. L'hôpital de Socola, en qualité d'autorité méthodologique, assure en même temps la coordination de tous les départements de Moldavie; dans chaque chef-lieu — comme dans tout le pays d'ailleurs — il existe à présent une section de psychiatrie dans le cadre de l'hôpital de médecine générale.

---

* Néologisme pour: processus générant la (bonne) santé mentale.

Les résultats obtenus au centre psychiatrique de Iasi — où, aux fins de réadaptation des malades qu'on y soigne, le personnel emploie à côté de la biothérapie différenciée pour chaque cas, l'ergothérapie de groupe comme médiateur socio-thérapeutique de réintégration — nous renforcent dans la conviction que la thérapie tridimensionnelle est bien la plus indiquée au moment actuel de l'évolution de l'assistance psychiatrique.

Bien que les résultats présentés paraissent satisfaisants dans les conditions actuelles de notre assistance psychiatrique (pour 89358 hospitalisations au cours de la dernière décennie il y a 98% d'améliorations ou rémissions et seulement 1,1% décès), une analyse qui tient compte d'une multitude de facteurs, effectuée au niveau du centre psychiatrique de Iasi, relève qu'entre les idéaux énoncés et leur transposition en action efficiente il existe, à vrai dire, un chemin assez long. Ainsi, en ce qui concerne la réintégration socio-professionnelle des malades psychiques, certains d'entre eux effectuent des activités inférieures à leur qualification antérieure bien que leurs possibilités de travail soient rétablies, d'autres restent inactifs quoiqu'ils gardent une capacité satisfaisante d'intégration et un petit nombre ne bénéficie pas d'une assistance médico-sociale protectrice qui corresponde à leur état.

Vue partielle du Compartiment pour les enfants handicapés de „Ciocîrleşti" de la Section extérieure „Pădureni" (entré en fonction en 1970).

En ce sens, il faut souligner aussi la nécessité de continuer le traitement ambulatoire pour maintenir et consolider les résultats acquis car, on le sait, les rechutes apparaissent plus fréquemment chez tous les malades qui abandonnent le traitement d'entretien ou qui ne bénéficient pas, quand il est nécessaire, d'une psychothérapie rationnelle dans la famille ou dans le groupe auquel ils appartiennent.

Autrement dit, l'action complexe de sauvegarde de la santé mentale cointéresse toutes les personnes, les institutions et les organismes dont le rôle est de contribuer au développement harmonieux de l'individu au cours de toute son existence et de le préserver — autant que faire se peut — des influences nocives.

Cela veut dire que bien que la santé mentale ne comporte pas seulement une dimension psychiatrique, elle se rapporte pourtant, en tout premier lieu, aux tendances et aux actions qui caractérisent la psychiatrie clinique tridimensionnelle. Leur contenu constitue la clé de voûte de la politique de santé publique și l'on considére que les maladies psychiques sont l'expression d'une concentration en foyer des facteurs de morbidité en général.

„IN DOMENIUL ASISTENTEI SANITARE VOR TREBUI LUATE MĂSURI HOTĂRÎTE PENTRU
ÎMBUNĂTĂȚIREA ACTIVITĂȚII DE APĂRARE A SĂNĂTĂȚII POPORULUI COMBATEREA
BOLILOR REFACEREA FORȚEI DE MUNCĂ"
N. CEAUȘESCU
A 70-a ANIVERSARE A SPITALULUI SOCOLA
RELAȚIILE INTERDISCIPLINARE ALE PSIHIATRIEI

Pour ces raisons l'équipe qui travaille dans le domaine de la santé mentale a un caractère homogène avec deux versants : intra — et extra — hospitalier, le rôle de promoteur revenant au psychiatre parce qu'ayant en vue ce qu'il fait aujourd'hui, et d'autant plus ce qu'il fera demain, il n'est pas seulement un médecin mais aussi un activiste dans le domaine civique avec des responsabilités bien délimitées en ce qui concerne la prophylaxie des maladies mentales ainsi que dans l'adaptation et la réintégration sociale de tout handicapé psychique.

De tout cela il résulte que les implications biologiques psychologiques et sociologiques énoncées à propos de la santé mentale, imposent un ensemble dynamique d'actions accordées avec les particularités d'évolution de chaque société. Mais, au delà des situations particulières, la sauvegarde de la santé mentale n'est pas possible sans l'entraînement de la population par une éducation adéquate elle-même définie comme un ample processus préventif où prédomine une structure éducative.

Telle est donc la motivation constamment évolutive du concept bio-psycho-social de l'école contemporaine de Socola, développée sur son itinéraire déterministe scientifique et humaniste.

*

Le fondement heuristique du concept tridimensionnel sur les interrelations bio-psycho-sociales, concept inclus dans le plan théorique de la psychologie roumaine et développée d'une manière soutenue par l'école de Socola[*], comporte nécessairement une application prophylactique et curative, surtout dans la politique à long terme de défense et de promotion de la santé mentale de la population (*Itinéraire psychiatrique*, II-ème éd. pp. 89—97).

Autrement dit, le concept tridimensionnel a supposé, dès le début, le développement d'un cadre concret d'organisation institutionnelle de la méthodologie pratique en partant de la connaissance des paramètres écologo-épidémiologiques et prospectifs, des possibilités réelles d'assurer les bases matérielles et de former le personnel spécialisé; un cadre d'approfondissement des études fondamentales et pratiques sur l'étiopathogénie et le traitement des maladies, de développement d'une opinion générale bien informée sur la santé mentale, la psychiatrie et le statut du malade mental dans la société contemporaine.

---

[*] M. Ralea, Tr. Herseni, *Introduction dans la psychologie sociale*, Ed. scientifique, Bucarest, 1966, p. 234.

Tr. Herseni, *Prolégomènes à la théorie sociologique*, Ed. scentifique, Bucarest, 1969, p. 149.

P. Brânzei, *Considérations sur l'assistance psychiatrique en Moldavie*, Rev. Medico-Chirurgicală, Iasi, 1960, nr. 3, p. 607—613.

P. Brânzei, *Directions pour l'élaboration de l'observation psychiatrique*, Ed. Socola, Iasi, 1962.

P. Brânzei, *Considérations sur la responsabilité pénale atênuée chez les malades psychiques*, Neur. Psich. Neurochir., 1963, nr. 4, p. 301.

P. Brânzei, *Contributions à l'étude des explorations morphofonctionnelles dans la psychiatrie*, Ann. Med. Psychol. Paris, 1964, T. II, nr. 1, p. 1—18.

P. Brânzei, Gh. Scripcaru, T. Pirozynski, *Le comportement aberrant dans les relations avec le milieu*, Ed. Junimea, Iasi, 1970.

P. Brânzei, *L'actualité nosologique dans la psychiatrie contemporaine (critères pour une classification dynamique bio-psycho-sociale en psychiatrie)*, Ann. Méd. Psychol., Paris, 1970.

M. Șelaru, *Le concept bio-psycho-social dans l'interprétation du déterminisme écologo-épidémiologique*, dans *Adolescence et adaptaion*, Ed. Centre de la jeunesse, 1974.

En guise de conclusion pour le moment actuel, on pourrait dire que la troisième étape de l'école de Socola, qui nous engage aussi dans la création de la base de lancement de l'avenir de la psychiatrie par l'adaptation, l'intégration et la réhabilitation, peut être dénommée l'étape constructive d'une psychiatrie tridimensionnelle dans laquelle les parties définissent d'une manière dialectique le tout d'après le contenu et la forme, étape dont la date de mise en pratique a été pour nous l'année 1963.

C'est au moment où une équipe restreinte de psychiatres cliniciens expérimentés, réunis par un concept homogène écologo-épidémiologique, s'engageaiant dans une action d'envergure en vue de formuler des critères dynamiques d'assistance prophylactique et curative (intra — et extra — hospitalière) que, simultanément, fut entrainé le réseau de médecine générale à suivre le même protocole méthodologique d'aprés le modèle opératif ci-aprés :

DONNÉES POUR LA DISPENSARISATION DES MALADES PSYCHIQUES

Les hospitalisations des malades à l'hôpital de neuropsychiatrie ne seront permises, après le 1 juin 1963, qu'après avoir été connus et inscrits par le médecin de la circonscription; en cas d'urgence, le triage de l'hôpital avisera par téléphone la circonscription.

I. *LA CARTOGRAPHIE DE LA CIRCONSCRIPTION*

a. La délimitation territoriale, avec la carte du territoire de la circonscription.
b. Les entreprises qui se trouvent sur le territoire de la circonscription sanitaire (écoles, institutions, fabriques, ateliers etc.).
c. La population (d'après les dates du dernier recensement) :
  — hommes . . . .
  — femmes . . . .
  — enfants jusqu'à 16 ans

II. *La MORBIDITE PSYCHIQUE*

La morbidité psychique connue dans la circonscription au moment où on a commencé la dispensarisation active :

— total existant dans l'évidence de la circonscription...

— avec le diagnostic précisé à l'occasion des hospitalisations antérieures dans l'hôpital de psychiatrie...

— avec le diagnostic précisé sans hospitalisation par les cabinets de la polyclinique...

— avec le diagnostic précisé sans hospitalisation par le cabinet de psychiatrie...

— avec le diagnostic précisé par les services de médecine générale...

— cas découverts par l'action du médecin psychiatre en collaboration avec le médecin de circonscription et à l'aide des services du collectif d'appui de circonscription (Croix Rouge, députés, miliciens, responsables dans des écoles, responsables dans l'organisation de la jeunesse)...

Le total des malades psychiques inscrits dans la liste active avant le 1 juin 1963... dont :

Névroses bien précisées du point de vue nosologique :
  avec hospitalisation antérieure...
  à la retraite...
  qui ne travaillent pas...
  qui travaillent...
Psychopathies bien délimitées du point de vue nosologique :
  avec hospitalisation antérieure...
  avec des antécédents judiciaires...
  qui ne travaillent pas...
  qui travaillent...
Oligophrénies... (mêmes catégories que pour les psychopathies)...
Narcomanies... (mêmes catégories que pour les psychopathies)...
Epilepsies simples...
  avec des troubles psychiques psychopathoides...
  psychoses et démences épileptiques...
Psychoses :
  1. hyperthymiques...
  2. hypothymiques...
  3. paranoia...
  4. encéphalodystrophiques...
    posttraumatiques...
    toxiques...
    infectieuses
    carcinomateuses
    dégénératives (y compris les psychoses d'involution et les démences)..

*

Pour les malades qui avaient besoin d'une dispensarisation active, celle-ci était rapidement réalisée par l'intermédiaire de la fiche résumée ci-dessous, qui a précédé avec ses avantages et ses désavantages le carnet type de dispensarisation.

L'HOPITAL CLINIQUE DE SOCOLA — IASI Fiche nr. .....
Code ....

Circonscription..........
Diagnostic ....

DONNÉES SOCIALES

Carte d'identité no. .... délivrée par .....
NOM ET PRENOM . . . .
LIEU DE NAISSANCE . . . .
AGE . . . ETAT CIVIL . . . ENFANTS MINEURS . . . .
ETUDES . . . . . . PROFESSION . . . . .
ADRESSE
ADRESSE DU LIEU DE TRAVAIL . . . . .
DOMICILE . . . . .

Quand le malade ne travaille pas (depuis quand, s'il bénéficie de retraite ou d'autres moyens et qui les administre. Qui l'entretient — gain mensuel, personnes entretenues, conditions de vie)...

S'il est ou a été interné dans l'hôpital de psychiatrie (maladies aigues, chroniques, chemin-hôpital; quand).....

S'il est dangereux (de quelle manière)....

S'il peut effectuer une activité productive (en quel sens et comment, surveillé ou non)...
S'il est inscrit dans la carte d'évidence à la polyclinique (date et no. de la fiche, diagnostic, traitement indiqué — s'il est suivi ou non)

DATE...

ANAMNESE

DONNÉES HEREDO-COLLATERALES...
DONNÉES PERSONNELLES...
HISTOIRE DE LA MALADIE (moment de l'apparition, causes incriminées et son développement. Hospitalisations et l'hôpital de psychiatrie, diagnostic, résultat)...

ETAT PRESENT

SYMPTOMES FONDAMENTAUX CLINIQUES ET DE LABORATOIRE...

INDICATIONS MEDICO-SOCIALES
Médecin de circonscription Médecin psychiatre,
Date...

CONTROLE PERIODIQUE

Date... CONSTATATIONS—INDICATIONS SIGNATURE

*

L'étude épidémiologique effectuée par notre équipe en vue de perfectionner la méthodologie de l'assistance psychiatrique, s'est étendue en 1965 de la ville de Iasi au niveau de tout le département de Iasi; les dates du tableau qui suit présentent une vue d'ensemble plus juste sur la morbidité dans le territoire:

Nombre d'habitants = 1 071 303

Maladies psychiques	Connues	Dispensarisés
— adultes	2 016	881
— enfants	501	309
Circ. méd.-sanit.		
urb. adultes	862	202
urb. enfants	201	106
rur. adultes	1 083	656
rur. enfants	300	203
Polycl. Institutions		
urb. adultes	71	23
urb. enfants	—	—
Dispensarisés par les institutions		
urb. adultes	204	10
urb. enfants	—	—
Maladies nerveuses	1 882	680
— adultes urbain	135	90
— enfants urbain	135	90
Circ. médico-sanit.		
— urbain adultes	513	184
— urb. enfants	47	26
— rur. adultes	527	349
— rur. enfants	88	64
Polycl. Institutions		
— urb. adultes	782	147
Dispensaires		
— urb. adultes	277	14
Epilepsies		
— adultes	967	858
— enfants	288	271
Circ. urbaines		
— adultes	222	189
— enfants	56	56
Circ. rurales		
— adultes	711	635
— enfants	232	219
Polycliniques Entreprises		
— urb. adultes	34	34
Dispensaires Entreprises		
— urb. adultes	21	6

Morbidité générale — nouveaux cas

Code		Adultes		Enfants	
		Urb.	Rural	Urbain	Rural
67 — psychoses	= 237	75	115	7	7
Polycl. entreprises urb. adultes		33	—	—	—
68 — psychonévroses et troubles de la personnalité	= 1 300	436	404	44	42
Polycl. entreprises urb. adultes		374	—	—	—
69 — débilité mentale (oligophr.)	= 116	—	—	52	64
73 — épilepsie	= 68	—	—	12	54

Incapacité temporaire de travail

Code
67—73 — Maladies neuropsychiques
1 740 certificats (31 728 jours payés)

Tableau synoptique des malades inclus dans l'action de dispensarisation en 1964

liste passive	
liste active (avec carnet de dispensarisation, suivis dans le territoire)	260
hommes	147
femmes	113

Répartition d'après les diagnostics

Epilepsie avec troubles psychiques	36
Ethylisme chronique avec des troubles psychiques	50
Schizophrénie	16
P.M.D.	52
Syndrome délirant	6
Psychoses d'involution	16
P.G.P.	4
Névroses avec divers problèmes médico-sociaux	56
Psychopathies	24
Total	= 260

Maladies Psychiques enregistrées pour la ville de Iasi en 1965

Névroses	1 521
Epilepsies	99
Schizophrénies	157

P.M.D.	151
Psychopathies	160
Neurosyphilis	197
Psychoses d'involution	154
Oligophrénies	118
Troubles psychiques posttraumatiques	24
Diverses	88
Total =	2 669

Malades psychiques qui bénéficient d'une dispensarisation active

Malades dispensarisés (carnet+fiche+enquête)	186
Malades connus (fiche+enquête sans carnet)	484
Total =	670

En étendant l'étude de l'épidémiologie des maladies neuropsychiques de l'adulte à l'enfant, sur la période 1963—1966, on est arrivé aux orientations générales suivantes :

Sur environ 28 500 consultations 67% ont été accordées aux cas de la ville, le reste, soit 33%, pour ceux d'autres provenances. On constate aussi que 57% des consultations sont accordées aux garçons et 43% aux filles. D'après l'âge, le pourcentage le plus élevé est donné par les enfants entre 7—11 ans (35%), suivi des pubères ou préadolescents 11—15 ans (26%), ensuite de ceux de 3—7 ans (18%), de ceux qui dépassent 15 ans (12%), et enfin de ceux de moins de 3 ans (7%).

En ce qui concerne le diagnostic, la fréquence majeure revient aur *troubles névrotiques infantiles* (névroses infantiles, syndrome asthénique, psychoasthénie, hysterie, tics, manifestations réactionnelles, enurésie etc.), qui atteignent 10% ; il y a ensuite les oligophrénies avec 8% ; encéphalopathies avec 5,5% ; troubles de la parole (logonévroses, bégaiements, aphasies, mutismes) 4,5% ; ensuite, les troubles du comportement, psychopathies infantilo-juvéniles, désadaptations scolaires 4%, endocrinopathies 4% et épilepsies 0,75%.

L'assistance médicale accordée dans ce secteur se caractérise par le travail en équipe, avec des examens complexes (médical, psychologique, logopédique et social). On applique aussi des traitements adéquats à un grand nombre des cas consultés. Dans le traitement sans hospitalisation on emploie comme méthodes particulières des séances de psychothérapie et de logopédie.

La dispensarisation est assurée par l'appel périodique au contrôle et par des traitements, par des visites au domicile et dans les collectivités d'enfants (crèches, jardin d'enfants, écoles) par la poursuite par l'intermédiaire du médecin de circonscription.

L'action soutenue menée à Iasi pour la généralisation de la dispensairisation psychiatrique dans tout le pays résulte aussi de la correspondance avec le service tutélaire de santé (8 juin 1964), et dont nous ne retenons que quelques données. On note aussi que 300 oligophrénes sont dispensarisées, tandis que 230 sont dans le foyer de l'école spéciale et 70 dans l'école de famille et qu'on applique les traitements pharmacologiques en les associant au traitement pédagogique individuel. (Des données concernant cette activité ont été publiées dans la revue Medico-Chirurgicale — Iași et dans le „Jurnal neuropatologhii psihiatrii", Moscou). Il est à remarquer que l'espace de l'école spéciale devient chaque année de plus en plus insatisfaisant par rapport aux sollicitations. Le service a aussi dans ses listes 184 enfants porteurs de séquelles commotionnelles dont 80 cas sont dispensarisés avec fiche individuelle.

L'action de dispensarisation a concerné pendant cette période, 1 100 enfants souffrant de troubles du langage. On compte 112 cas sous traitement logopédique. On a dispensarisé aussi 30 encéphalopates et 30 énuretiques.

Pour tenir compte des aspects curatifs et prophylactiques, et du travail de dispensarisation mené par l'équipe du service de neuropsychiatrie infantile, nous considérons que le développement de cette activité exige une assistante sociale et une assistante medicale. En même temps pour la psychothérapie de cabinet et la prophylaxie sur le terrain il s'impose d'avoir un deuxième psychologue, d'autant plus qu'un deuxième poste de médecin psychiatre sera créé.

*

Suite à la modélisation de l'étude méthodologique à Iasi (afin de généraliser la dispensarisation psychiatrique dans tout le pays), fut le rapport suivant adressé au Service territorial de santé (en juin 1964) :

Conformément à l'ordre MSPS nr. 735/1964, publié dans le Bulletin nr. 7/1963 et aux instructions du Collège de Psychiatrie du M.S.P.S. de 1964, concernant la prévoyance et la lutte contre les maladies psychiques, nous demandons l'appui nécessaire pour organiser la dispensarisation des malades psychiques à Iasi.

Dans ce but, il s'impose en tout premier lieu, d'aménager le cabinet de Psychiatrie à la Polyclinique pour qu'il fonctionne en deux relèves, assurées par les drs. Carasevici Alice et Brailovschi Simca.

Le fonctionnement du cabinet de neuropsychiatrie infantile sera assuré par le dr. Armașu Maria et le professeur psychologue Străchinaru Ion, sous la direction de la clinique psychiatrique.

On installera un fichier, pour l'enregistrement des carnets de consultation et de dispensarisation, que le Ministère remettra à la Polyclinique.

Le cabinet doit être doté d'un régisseur médical et d'au moins deux assistantes sociales, qui sont absolument nécessaires, pour le travail complexe sur le terrain et pour l'assistance aux malades dispensarisés corespondant à une population de plus de 150 000 habitants.

Il est souhaitable que le cabinet soit proche du combiné des autres disciplines médicales, afin d'appliquer le principe de l'accessibilité à la collaboration entre spécialités.

En même temps, nous voulons souligner, dans l'esprit des directives du Collège de Psychiatrie du MSPS, que l'immixtion des neurologues dans l'activité de consultation et d'assistance psychiatrique n'est pas désirable, car ces deux disciplines ont à présent des profils bien différenciés.

Aussitôt que le minimum d'organisation nécessaire pour réaliser la dispensarisation sera mis au point (action qui est en retard par rapport au terme fixé par le Ministère)) on commencera à ouvrir et tenir à jour les carnets de consultation et de dispensarisation active des malades ambulatoires.

Dans cette action de dispensarisation, le cabinet de Psychiatrie de la Polyclinique sera aidé par la Clinique qui mettra à sa disposition les fiches d'inscription primaire (selon les circonscriptions) des malades psychiques de la ville de Iași, fiches complétées (sous la direction de la clinique et avec l'aide de la Section de la Santé de Iași) par les médecins psychiatres de l'hôpital de Socola.

En ce qui concerne les données nécessaires à la dispensarisation des malades psychiques de Iasi qui seront internés dans la clinique à partir du 15 juin 1964 (date que nous proposons pour l'entrée en fonction du cabinet) elles seront communiquées au cabinet de la Polyclinique par l'intermédiare des assistantes sociales Popa Carmen et Langa Aspazia, l'activité de ces assistantes employées à l'hôpital *étant dirigée sur place et sur le terrain par le chef de la Clinique de Psychiatrie.*

A partir du 15 juin 1964, le cabinet de neuropsychiatrie infantile signalera au cabinet de Psychiatrie des adultes les enfants atteignant l'âge de 16 ans.

La responsabilité de la coordination de l'activité de dispensarisation des malades psychiques de la ville de Iasi, est confiée aux dr. Romanescu Constantin et Baltaru Mihai.

L'action pluridimensionnelle de dispensarisation active des malades du département de Iasi comprend aussi, comme mesure autre d'application immédiate, le traitement ambulatoire gratuit des maladies suivantes :

1. Epilepsie : traitement d'entretien prolongé et soutenu avec des anticonvulsivants.

2. Psychoses schizophréniques : traitement d'entretien avec des neuroleptiques et autres médicaments efficaces en traitement ambulatoire qui passeront par le circuit pharmaceutique ouvert à cette fin.

3. Alcoolomanies : traitement d'entretien du réflexe conditionné de dégoût de l'alcool.

En assurant obligatoirement le traitement d'entretien de ces catégories de malades, on leur procurera une meilleure évolution après leur sortie de l'hôpital et une meilleure insertion sociale. On évitera ainsi les si nombreuses situations de préjudice économique et moral.

Pour assurer dans de meilleurs conditions l'action de dispensarisation, les psychiatres de la polyclinique consacreront 5 à 6 heures par semaine aux activités sur le terrain.

Pour maintenir la qualification professionnelle des médecins psychiatres et pour assurer une liaison directe avec les malades de la clinique, il est nécessaire decins psychiatres et pour assurer une liaison directe de Neuropsychiatrie „Socola".

Convaincus que la Section de la Santé de Iași nous apportera à l'avenir le même efficace appui dans l'assistance aux malades psychiques, nous vous prions de nous informer officiellement des réalisations au regard des premiérs objectifs d'organisation, tels qu'ils sont indiqués par le MSPS, en vue de le dispensarisation des malades psychiques. Le rapport devra parvenir au Collège à la fin du mois de juin 1964.

Maître de Conférences P. Brânzei

Les progrès réalisés grâce à une activité méthodologique, scientifiquement organisée, et poursuivie avec persévérance avec l'aide des organismes compétents du territoire, ont permis dans la période 1963—1966 l'accroissement de la capacité d'hospitalisation et le développement des services extra-hospitaliers dans toute la Moldavie. Cette situation se reflète dans le rapport nr. 1895 envoyé le 11 avril 1966, au Collège méthodologique de psychiatrie du Ministère de la Santé :

A. *Considérations générales sur les conditions d'assistance des malades psychiques en Moldavie (1963—1966)*

L'hôpital de Socola a été inauguré en 1905 comme unité de psychiatrie avec une capacité maximale de 400 lits, pour offrir ses services à la population de Moldavie qui comptait à cette époque 2 500 000 habitants.

Bien que, depuis 1905, on n'ait plus construit de nouveaux pavillons et que pendant la deuxième guerre mondiale un pavillon ait été détérioré sans être reconstruit jusqu'à présent, on a pu installer dans le même espace, en plus, une section de neurologie de 60 lits et une section de neurochirurgie de 50 lits *.

A présent, l'hôpital Socola est une base clinique complexe de 920 lits, qui est à la disposition des 4 500 000 habitants que compte la Moldavie. La répartition des lits d'après les services de spécialité est la suivante :

Services de psychiatrie	
Dans l'enceinte de l'hôpital „Socola", pour des malades aigus et convalescents	540 lits
A l'annexe de Grajduri (dép. de Iasi) pour les malades chroniques	100 lits
Total :	740 lits
Service de neurologie	
Dans l'enceinte de l'hôpital „Socola", pour des malades aigus	60 lits
A l'annexe Manta Roșie (ville de Iasi) pour des malades chroniques	70 lits
Total :	130 lits
Service de neurochirurgie	50 lits
Total général :	920 lits

---

* L'indice de morbidité pour les affections neurologiques est de 2% contre 10% maladies psychiques.

En raison de l'accroissement de la demande d'assistance psychiatrique et du partage de l'espace disponible avec les services neurologique et neurochirurgical, l'hôpital „Socola" est devenu au cours des 30 dernières années très dense. Il ya à présent à peu près 3,5 à 4 mètres carrés par lit au lieu des 7,5 mètres carrés nécessaires.

Le nombre des lits destinés à la psychiatrie à l'intérieur de l'hôpital „Socola" ne peut être diminué car l'hôpital „Socola" devra à l'avenir faire office de centre psychiatrique territorial pour les malades psychiques aigus et les convalescents du département de Iasi et de Moldavie. Dix pour cent de ces lits sont prévus pour des malades chroniques, à des fins scientifiques et didactiques. Les autre malades chroniques seront soignés dans des unités spécialisées sur le territoire du départament de Iasi et dans les autres départements de Moldavie.

Pour sa part, l'assistance neurologique et neurochirurgicale doit encore se développer. Dans quelques années elle exigera 100 lits pour chaque service :

Taux des lits pour l'assistance aux malades atteints d'affections psychiques dans le département de Iasi.

Hôpital psychiatrique d'ergothérapie Sipote (hommes)	150 lits
Hôpital Răducăneni (district Huși)	250 lits
Foyer-hôpital de prévoyance sociale Galata—Iași *	200 lits
Total	600 lits
Total lits pour les malades psychiques (aigus et chroniques de la ville et du département de Iasi)	1 310 lits

(1,33‰ pour) 1 062 000 habitants

Taux des lits pour l'assistance aux malades psychiques dans les autres départements de Moldavie :

Dép. de Galați

Hôpital de Galați	75 lits
Hôpital de Brăila	60 lits
Foyer hôpital de Gănești (district Bujoru)	75 lits
Total	210 lits

(0,17‰ pour) 1 200 000 habitants

Dép. de Suceava

Foyer-hôpital de Sasca (district Fălticeni)	113 lits
Foyer-hôpital de Mălini (district Fălticeni)	100 lits
Foyer-hôpital (distr. Siret **) pour adultes	70 lits
Total	283 lits

(0,25‰ pour) 1 100 000 habitants

Dép. de Bacău

Foyer-hôpital de Români (district Buhuși) *	110 lits
Foyer-hôpital de Gîșteni—Răcăciuni (district Adjud)	215 lits
Foyer-hôpital de Bogdana (district d'Onești)	100 lits
Foyer-hôpital de la ville de Roman	80 lits
Total	505 lits

Taux global actuel de lits de psychiatrie en Moldavie (pour environ 4 500 000 habitants)

Lits pour les malades psychiques aigus	775 (0,17‰)
Lits pour les malades psychiques chroniques	1 708 (0,37‰)
Total des lits pour les maladies psychiques en Moldavie	2 483 (0,55‰)

Le nombre des lits existants pour l'assistance des malades psychiques doit être rapporté à l'indice de morbidité pour maladies psychiques, indice qui, à présent, en Moldavie (total régions urbaines et rurales) est de 10‰ représentant les malades, qui ont besoin d'une assistance qualifiée, à l'exception des psychosyndromes de l'âge avancé.

En partant du taux de lits de psychiatrie en Moldavie, il est nécessaire de tenir compte de la norme de l'OMS qui prévoit 3 lits de psychiatrie pour mille habitants, ce qui correspond, pour la Moldavie, à 13 500 lits au lieu des 2 483 qui existent à présent.

Dans ces conditions, il importe d'étudier, en même temps que les possibilités d'augmentation du nombre des lits, le développement de l'assistance psychiatrique extra-hospitalière, conformément aux décisions du MSPS.

B. *L'Assistance psychiatrique extra-hospitalière en Moldavie*

1) La dispensarisation dans la ville de Iasi

Depuis 1963, la Clinique de Psychiatrie a pris l'initiative de la dispensarisation des malades psychiques sur le territoire du département de Iasi.

Dans ce but, tout d'abord, on a réalisé, avec le concours des médecins de „Socola", une étude de la morbidité par maladies psychiques dans la ville de Iași.

Après avoir confronté les données obtenues sur le terrain avec celles des fichiers de l'hôpital de Socola et de la polyclinique de la ville de Iasi, on a abouti à un recensement global, grâce auquel on a obtenu un supplément de postes d'assistantes sociales pour l'action de dispensarisation.

La deuxième étape de la dispensarisation de la ville de Iasi a commencé à la date fixée par M.S.P.S. (octobre 1965), date à laquelle les fichiers de la clinique (fiches, enquêtes sociales, carnets de dispensarisation) ont été transférés au cabinet de psychiatrie placé sous la direction de la clinique ; les médecins coordonateurs ont été dr. Romanescu C. et dr. Baltaru M.

Le cabinet de psychiatrie de la polyclinique a été ainsi composé :

Dr. Brailovschi Simca — médecin en chef
Dr. Carasevici Alice — médecin spécialiste
Sofian Maria, Grigoraș Ana — assistantes médicales

Afin de consolider l'action de dispensarisation sur le terrain on a recentré sur les actions à l'hôpital et la polyclinique les assistantes sociales Popa Carmen et Ilucă Emilia.

---

* Le foyer-hôpital de Galata accorde l'assistance aux malades de tout le pays, comme unité de prévoyance sociale.

** Dans le département de Suceava il y a aussi le foyer-hôpital de Siret pour des enfants oligophrenes, avec 1 200 lits.

* Le foyer-hôpital „Români" (district Buhuși) a été détruit par un incendie en 1965.

Pour une coordination réelle entre l'hôpital et la polyclinique, les malades de Iasi sont dispensarisés soit par l'intermédiaire du service de consultations de la polyclinique soit sur la recommandation des cliniciens au moment de la sortie de l'hôpital. C'est pourquoi l'enquête sociale est réalisée pendant l'hospitalisation.

La situation de la dispensarisation dans la ville de Iaşi est la suivante en 1965 :

Cas inscrits sur la première liste passive	1 138
Cas inscrits sur la liste active (dispensarisation) avec carnets complets	290
Enquêtes sociales effectuées	281
Présents aux consultations périodiques	223
Eliminés des listes	13

Répartition des malades dispensarisés en fonction des diagnostics

Psychoses affectives	87
Alcoolomanies	60
Epilepsie avec troubles psychiques	50
Schizophrénie	46
Névroses chroniques avec décompensation sociale	25
Psychopathies avec difficultés d'adaptation sociale	10
Paranoia et parahrénie	4
Psychoses post-partum	3
Paralysie générale progressive	3
Psychoses d'involution	1

La dispensarisation des enfants atteints d'affections psychiques, dans la ville de Iasi est encore en étape d'étude.

Le service de neuropsychiatrie infantile de l'hôpital „Socola" a effectué 60 enquêtes sociales en 1965 parmi les enfants de Iasi hospitalisés pour la première fois, le matériel clinique et social existant fournissant ainsi les éléments d'information nécessaires pour la mise au point de la dispensarisation active. On put affecter à un programme concerté hôpital-polyclinique, l'assistante sociale A. Laanga, qui travaille au Service de Neuropsychiatrie Infantile de l'hôpital.

Le cabinet de Neuropsychiatrie de la polyclinique infantile de Iasi a la composition suivante :

Dr. Armaşu E. — médecin spécialiste
Străchinaru Ion — psychologue
Gheorghiu Traian — logopède

Les 3 828 consultations accordées par le cabinet de Neuropsychiatrie infantile en 1965 on mis en evidence les catégories suivantes de maladies psychiques qui nécessitent une dispensarisation prioritaire :

encéphalopathie infantile	121 cas
épilepsie	113 cas

2) La dispensarisation des malades psychiques dans le département de Iasi

A l'initiative de la clinique psychiatrique de Iasi, soutenue par la Section de la Santé Publique du département de Iasi, on a déclenché en 1965 l'action de districts du département de Iasi. Un médecin en chef psychiatre a conduit l'action de dispensarisation au niveau de chaque district, comme suit :

1. — district de Birlad — dr. Moscovici Marcu, méd. en chef
2. — district de Vaslui — dr. Flis Milu, méd. en chef
3. — district de Paşcani — dr. Păruş N., méd. en chef
4. — district de Iasi — dr. Pirozynski Tadeusz. méd. en chef
5. — district de Huşi — dr. Mereuţă Militina méd. en chef
6. — district de Hirlău — dr. Ballif Lucien, méd spécialiste
7. — district de Negreşti — dr. Baltaru Mihai, méd spécialiste

Pour organiser cette action, la Clinique Psychiatrique de Iasi, en collaboration avec la Section de Santé Publique et de Prévoyance Sociale de Iasi, a fait imprimer un guide intitulé : „Indications pour la découverte et le traîtement de quelques maladies psychiques".

Les guides ont été expédiés à tous les médecins de circonscription. Leurs instructions ont été discutées par le médecin psychiatre avec les médecins de circonscription dans des séances au niveau du district. Puis on a commencé à organiser la première inscription selon les diagnostics, ainsi que le traîtement ambulatoire gratuit. On a mis également en route l'enregistrement des malades psychiques d'aprés l'âge, le sexe et le diagnostic.

A l'avenir, au cours des visites périodiques (mensuelles) des médecins psychiatres, les malades figurant sur les listes des médecins de circonscription seront examinés au niveau du district par le spécialiste psychiatre ; c'est celui -ci qui établira le diagnostic et le traîtement.

L'inscription dans le fichier primaire des malades est en train de se réaliser ; on passera ensuite au contrôle des malades et du traîtement.

3) L'assistance psychiatrique dans les autres départements de la Moldavie. Pour pouvoir contrôler l'assistance psychiatrique dans les autres départements de la Moldavie, on s'est déplacé périodiquement dans les unités.

Département de Galaţi. Etant donné qu'il existe déjà un noyau psychiatrique à l'hôpital tout comme à la polyclinique, il est possible de réaliser la dispensarisation. Cela nécessite le recrutement d'un personnel secondaire, qu'on a déjà commencé à engager au cours de l'année 1966, au niveau de la ville et du département de Galaţi, sous la direction du docteur N. Stern.

Département de Suceava. L'ouverture du nouvel hôpital permettra de constituer une section de psychiatrie de 80 lits dans ce qui est actuellement l'hôpital pour maladies contagieuses.

On ne peut parler encore de dispensarisation, car à cause du départ du docteur Cîrmaciu, il n'y a pas de médecin psychiatre à Suceava.

Dans le district de Botoşani on a estimé nécessaire d'installer 30 lits de psychiatrie. Au niveau du district de Botoşani, l'action de dispensarisation paraît commencer à l'initiative du dr. Moruzi P., médecin spécialiste.

Département de Bacău. Il n'y a pas de lits pour la psychiatrie, et l'on ne prévoit pas d'en obtenir au cours de cette année. Il reste à analyser dans quelle mesure les 20 lits de neurologie qui existent dans l'hôpital de Bacău peuvent desservir aussi le secteur de psychiatrie, qui est assuré dans la polyclinique par deux médecins spécialistes. Il est nécessaire en même temps d'organiser l'action de dispensarisation telle qu'elle a été conçue par le dr. Zichil Gelu, médecin spécialiste.

C. *Propositions pour le développement de l'assistance psychiatrique*

Actuellement, il paraît nécessaire de moderniser l'hôpital de „Socola" par des aménagements et des investissements appropriés. A cette fin on a élaboré une documentation technique appropriée.

Au niveau des départements de Bacău, de Suceava et de Galaţi il est nécessaire d'ouvrir des hôpitaux d'ergothérapie rémunérée tout comme à Sipote avec 500 lits pour hommes et femmes.

La législation sur la rémunération équitable de l'activité de production des malades psychiques permet de crées des installations pour l'ergothérapie dans tous les hôpitaux psychiatriques et dans leurs annexes.

Il faut créer des centres coopérativistes dans les villes les plus peuplées, offrant une activité rémunérée et un régime „sanatorial" sans hospitalisation pour les malades qui ne travaillent pas.

En ce qui concerne les résultats obtenus par la dispensarisation à Iasi, on peut constater ceci :

— la dispensarisation est une forme supérieure d'assistance extra-hospitalière des malades psychiques ;

— l'adhésion du malade aux actions du médecin est plus grande, de même la confiance dans l'action de protection médico-sociale ;

— les familles des malades coopèrent, dans la plupart des cas, avec l'équipe médicale ;

— Il est nécessaire de continuer les efforts pour créer un courant d'opinion favorable à la réadaptation des malades psychiques".

*

En revenant au sujet encore brûlant du nombre des lits disponibles pour les services de psychiatrie, on peut constater, dans le tableau ci-dessous, que, grâce à l'action persévérante poursuivie avec les organismes territoriaux compétents, le nombre des lits en Moldavie a augmenté de 0,3‰ en 1963 à 0,9‰ en 1980, et celui du personnel médical de 42 en 1963 à 136 en 1980.

Département (population 1980)	Lits ‰ habitants				Personnel médical			
	1963	1966	1968	1980	1963	1966	1967	1980
Bacău (671 758)	0,2	0,2	0,9	1,4	—	—	—	10
Botoşani (452 336)	—	—	0,2	1,3	—	—	2	7
Galaţi (586 789)	0,2	0,3	0,6	0,7	3	6	5	11
Iaşi (734 774)	2,1	2,1	2,1	2,4	39	57	59	74
Neamţ (535 567)	—	0,2	0,4	0,6	—	1	1	7
Suceava (637 159)	—	—	0,3	0,8	—	1	2	12
Vaslui (437 987)	—	—	—	0,5	—	—	2	8
Vrancea (371 068)	—	—	—	0,3	—	3	—	7

L'accroissement du nombre de lits dans le réseau psychiatrique continue. Nous manifestons la même persévérance auprès des organismes territoriaux compétents et centraux, en soulignant l'opportunité et la nécessité de réaliser dans chaque département une unité optimale d'ergothérapie rémunérée (type ferme agricole), pour les malades des deux sexes, de 600 à 800 lits environ, sur le modèle de l'hôpital d'ergothérapie „Tabăra" du village de Sipote-Iasi. Ce modèle est développé avec succès dans un premier temps à Ogeasca-Sapoca (dép. Buzău), et commence à prendre forme à Verezi-Galaţi, Floreşti-Vaslui et Climeşti-Neamţ.

Le constructivisme agissant développé contre la montre par l'école contemporaine de Socola en rapport avec les centres psychiatriques du monde, et surtout à partir de 1966, a renouvelé les institutions d'assistance aux malades. Ainsi, ceux dont la maladie a une évolution prolongée ont bénéficié de l'ergothérapie rémunérée (on a pris pour exemple l'annexe de Sipote transformée en hôpital indépendant). Il s'agit aussi de la réalisation sans investissements spéciaux de la section de Pădureni, et de Ciocîrleşti (on est parti de quelques murs écroulés). Il s'agit aussi du chauffage central réalisé partout avec des matériaux récupérés, de l'adduction supplémentaire d'eau, réalisée avec un réservoir métallique de 25 wagons restauré (action qui a éliminé les infections hydriques qui avaient fait croître la mortalité à Socola, la mortalité ayant baissé de plus de 20% entre 1935 et 1940 à moins de 1,5% entre 1970 et 1980). On a réalisé enfin la construction du complexe Bio-Psycho-Social, entre 1968 et 1970 *.

*

Toutes ces actions concertées avec la recherche scientifique pour l'émancipation de Socola comme centre clinique universitaire monovalent de psychiatrie ne pouvaient manquer de susciter des confrontations (déjà entrées dans l'oubli), comme le montre par exemple un rapport remis aux autorités responsables :

---

* Ayant récupéré les 160 lits offerts pour les cliniques de neurochirurgie et de neurologie (grâce à leur transfert dans un nouvel hôpital, construit en 1972), et grâce à la réinstallation dans des appartements propres de 200 familles, Socola est à présent un centre psychiatrique monovalent de 810 lits à l'intérieur (420 lits cliniques) et 650 lits à l'extérieur, pour les malades à évolution prolongée (Pădureni 250 + Ciocîrleşti — enfants handicapés 60 ; Galata 140 enfants et 100 adultes ; Răducăneni 100). Cela fait un total de 1 460 lits de psychiatrie en 1980, à rapprocher de 920 en 1966.

A l'hôpital d'ergothérapie Tabăra de Sipote (qui est devenu unité indépendante), la capacité d'hospitalisation a augmenté aussi passant de 250 en 1973 à 426 lits (avec possibilité d'aboutir à 600 lits), et cela par la construction de nouveaux locaux et aussi par la mise au point de l'alimentation en eau et des canalisations.

Dans ces conditions, le centre de psychiatrie du département de Iaşi (qui offre ses services pour toute la Moldavie) met en oeuvre 2,40 lits pour mille habitants ; cela veut dire qu'on avoisine les limites optimales de fonctionnement pour une population quelconque.

[...] La demande d'assistance hospitalière des malades psychiques de Moldavie, qui a été toujours déficitaire, a augmenté après l'instauration du nouveau régime, comme conséquence du niveau élévé de conscience de santé psychique de la population, comme conséquence aussi de l'efficacité thérapeutique dans les nouvelles conditions de fonctionnement des hôpitaux de psychiatrie, la satisfaction des besoins ainsi accrus, a conduit à la surcharge des services existants, le nombre des lits dans les chambres des grands services passant de 80, en 1944, à 120 depuis 1950.

Un des pavillons réalisés sur les murs écroulés dans la Section „Pădureni" à partir de 1966 (à présent il y a 250 lits).

Cette surcharge a été déterminée aussi par le fait qu'un pavillon de psychiatrie de 70 lits — qui a été détérioré pendant la guerre — n'a pas été restauré à temps et s'est détérioré encore davantage. En même temps, les médecins psychiatres de l'hôpital de Socola, ayant une attitude réceptive à l'égard des progrès scientifiques et de la nécessité du développement optimal de l'assistance aux maladies nerveuses, ont créé un service de neurochirurgie en lui cédant d'abord un pavillon de 30 lits puis un deuxième pavillon, de 20 lits.

Les psychiatres de l'hôpital de Socola ont solicité aussi le transfert de la clinique neurologique de l'hôpital Sf. Spiridon dans l'enceinte de l'hôpital Socola. A cette fin, ils cédé le pavillon administratif qui à présent abrite 60 lits de neurologie.

De même, les psychiatres de l'hôpital Socola ont pris des dispositions pour que l'annexe de Manta Roșie avec ses 70 lits, soit mise à la disposition des malades neurologiques [...]

[...] Cet exposé sur l'assistance fournie par les services de psychiatrie dans l'hôpital Socola veut préciser clairement que, dans l'espace qui leur est affecté à présent, il n'y a plus de place pour l'extension des nouveaux services médico-chirurgicaux.

Pour remédier à l'insuffisance de l'espace disponible pour les cliniques de psychiatrie, neurologie et neurochirurgie, et pour élever à un niveau satisfaisant l'assistance curative dans cette unité clinique complexe de 820 lits, nous faisons, dans ce rapport, les propositions suivantes, dont nous considérons qu'elles peuvent être réalisées dans un proche avenir.

A. — L'évacuation des familles de salariés qui habitent les pavillons de psychiatrie de l'hôpital Socola, pour dégager les salles surchagées, dans les pavillons ci-dessus mentionnés.

B. — L'aménagement du pavillon détérioré pendant la guerre pour en faire une unité d'investigations de laboratoire et de traitement pour tout l'ensemble clinique de l'hôpital (psychiatrie, neurologie et neuro-chirurgie), aménagement pour lequel a été réalisée à la fin de 1964, une étude technico-économique par le D.S.A.P.C. — Iasi.

Ce pavillon serait destiné aux cabinets médicaux d'O.R.L., Ophtalmologie, Stomatologie, Internes, Explorations fonctionnelles physiologiques et psychologiques, Salles de physiothérapie et psychotérapie, Laboratoires pour explorations bio-chimiques, Salles de bibliothèque et de documentation scientifique. Dans la cour intérieure, on pourrait réaliser une salle-amphithéâtre pour psychothérapie de groupe, offrant 400 places, qui serait utile en même temps pour l'enseignement médical.

En réalisant cet aménagement tout à fait utile, on résoudrait en même temps, dans des conditions optimales, la situation créée par la dégradation progressive de l'un des pavillons centraux de l'hôpital de Socola, et dont au début seul le toit était détérioré.

C. — La réalisation du service d'explorations et de traitements, nécessaire au complexe clinique qu'est devenu Socola — réalisation préconisée dans la note explicative du S.T.E., annexée ci-joint — permettrait d'élargir en même temps l'espace de la clinique de neurochirurgie par le dégagement de l'amphithéâtre, et de la clinique neurologique, par le dégagement des bibliothèques médicales de l'hôpital, jusqu'à la construction — planifiée par le M.S.P.S. — d'un bâtiment pour neurochirurgie et neurologie ou par le transfert de ces deux sections dans un lieu qui puisse correspondre aux nécessités aussi bien que les dispositions actuelles.

D. — L'évacuation des locataires et l'aménagement du service d'explorations et de traitements permettrait en même temps une meilleure distribution des locaux pour les services de psychiatrie de l'hôpital Socola. Pour ce faire les grandes salles de psychiatrie pourraient être compartimentées et l'on pourrait aménager des pièces pour des visites et consultations, des salles de bains, des cabinets de toilette, etc. Ces aménagements sont impossibles à présent à cause de l'encombrement.

Vue partielle de la bibliothèque de „Socola“ (construite en 1968)

E. — Pour améliorer et compléter lse moyens d'assistance médicale aux malades psychiques hospitalisés, tout comme pour ceux qui sont dispensarisés sur le territoire de toute la ville, nous proposons la création dans l'hôpital Socola d'un centre coopératif d'ergothérapie avec des ateliers différenciés et une cure journalière.

F. — Pour moderniser les conditions de travail dans l'hôpital Socola il faut réaliser aussi les aménagements suivants :

a) l'extension du chauffage central dans les deux pavillons de malades convalescents, ce qui serait réalisé simultanément avec la reconstruction du pavillon détérioré.

b) la continuation du pavage dans les allées de la cour de l'hôpital.

Si les autorités de tutelle acceptent les considérations ci-dessus, on pourrait faire un premier pas important dans l'action de modernisation des conditions d'hospitalisation et d'assistance des malades atteints d'affections nerveuses, en traitement dans la base clinique complexe de psychiatrie, neurologie et neurochirurgie que constitue l'hôpital de Socola Iasi.

ANNEXE : Note explicative sur le S.T.E. concernant l'aménagement du pavillon de psychiatrie détruit *.

le Chef de la Clinique de Psychiatrie
dr. P. Brânzei

*

Parce que la mise au point des formes récupératrices par l'intermédiaire de la psychothérapie d'intégration entraîne nécessairement les réalisations de l'hôpital contemporain de psychiatrie, efficace sur le plan de l'ergothérapie rémunérée, nous présentons aussi quelques données sur le „casier judiciaire" de l'hôpital d'ergothérapie de Sipote, et sur la relation coût-bénéfice/efficience existante dans cette unité importante.

Décision nr. 833. Le Comité Exécutif du Conseil Populaire départemental de Iasi,

Considérant le rapport no. 50 114, du 20 novembre 1957, de la Section de Santé Publique du district de Iasi dans lequel on propose la création d'un centre d'ergothérapie près de l'hôpital de Neuropsychiatrie de Iasi, centre dont le siège se trouve dans le village de Sipote, district de Hîrlău, département de Iasi.

Considérant que la proposition de la Section de Santé départementale de Iasi est conforme aux obligations principales qui reviennent au Conseil Populaire, prévues par le loi no. 6/1957, art. 6, alinéa K.

Considérant que par ce centre d'ergothérapie on réalise la rééducation des malades psychiques chroniques pour les réintégrer dans la société, et que par cette action on réalise aussi le dégagement d'espaces existants, et que les possibilités d'hospitalisation des malades psychiques aigus dans l'hôpital de neuro-psychiatrie de Iasi deviennent plus grandes.

---

* Le Complexe „Bio-Psycho-Social" qui inclut dans sa structure des services d'investigations et de traitements, de documentation, ainsi qu'une bibliothèque et un amphithéâtre de 300 places a été réalisé en 2 étapes entre 1968 et 1970.

Conformément aux dispositions de l'art. 24 de la loi no. 6/1957 concernant l'organisation et le fonctionnement des Conseils Populaires :

Décide :

Article 1. A partir du 1-er décembre 1957 il est créé dans le village de Sipote, district de Hîrlău, département de Iași, un centre d'ergothérapie pour les malades psychiques chroniques avec 100 lits, centre qui fonctionnera comme section dépendante de l'hôpital de neuropsychiatrie de Iasi.

Article 2. A partir du 1-er décembre 1957, la Section annexe de l'hôpital de neuropsychiatrie de Iasi, qui siège dans le village de Sipote, district de Hîrlău, département de Iasi, sera supprimée.

Tous les biens mobiliers et immobiliers de même que ceux qui se trouvent dans le patrimoine de l'ancienne Section annexe, entrent, le 1-er décembre 1957, dans le patrimoine et l'usage du centre d'ergothérapie dépendant de l'hôpital de neuropsychiatrie de Iasi.

Article 3. La Section de Santé départementale de Iasi assurera, quant à la force de travail et quant au fond de salaires, la mise en place du personnel nécessaire au fonctionnement du Centre d'Ergothérapie, conformément à la Décision du Conseil des Ministres no. 1 365/1957 et aux instructions du Ministère de la Santé concernant cette Décision.

Les normes de travail pour le personnel technico-médical et d'administration seront fixées conformément aux normes élaborées par le Ministère de la Santé pour les unités de malades psychiques.

Article 4. Le Centre d'Ergothérapie fonctionnera selon un plan de dépenses budgétaires, fixé dans la deuxième partie, titre 51, paragraphe 9, plan qui sera exécuté par l'hôpital de neuropsychiatrie de Iasi.

Pour l'activité de production des sections et des ateliers curatifs, on élaborera un plan de revenus et dépenses extrabudgetaires, conformément aux dispositions de la Décision du Conseil des Ministres no 35/1952 et aux instructions du Ministère des Finances no. 5 000/1950 et 10 215/1952. Pour l'amélioration des conditions culturelles et de vie des malades, il sera établi un plan de revenus et de dépenses extra-budgétaires ou l'on fixera pour les revenus une contribution pouvant atteindre 70% du coût du travail fourni par les malades. Les sommes réalisées de ces revenus seront utilisées pour l'amélioration des conditions culturelles et de vie des malades, conformément aux stipulations de l'article no. 6 des instructions no. 10216/1952 du Ministère des Finances.

Article 5. L'organisation du Centre d'Ergothérapie qui a pour but la rééducation des malades psychiques, selon l'état de leur santé et leurs aptitudes, sera réalisée dans plusieurs ateliers de cure, comme suit :

a. ateliers de menuiserie
b ateliers de vannerie
c. ateliers de couture et de broderie
d. ateliers de ferronerie et de ferblanterie
e. ateliers de réparations des constructions et de maçonnerie
f. secteur animalier (apiculture, aviculture, élevage des porcs et des moutons, etc.)
g. secteur de vergers
h. secteur séricicole
j. secteur agricole et de légumes.

Article 6. Pour l'encouragement et la stimulation au travail des malades, la part de 30% de la valeur du travail qu'ils réalisent dans le Centre d'Ergothérapie (ce qui reste après la défalcation prévue par l'article no. 4, alinéa 2 de la présente Décision) sera déposée à la banque, sur chèque nominalisé.

Article 7. La production réalisée dans les ateliers et les sections de cure sera vendue en premier lieu pour les besoins de l'hôpital de Neuropsychiatrie, le reste disponible allant aux centres médicaux de la ville et du département de Iasi.

Avant la fin du premier trimestre 1958 il sera établi un projet d'organisation de la production des biens de consommation courante et des produits qui peuvent être valorisés pour la consommation de la population.

Les revenus réalisés par la valorisation de la production, des ateliers et des sections de cure constitueront la source des revenus pour le plan de revenus et dépenses extrabudgétaires, prévus à l'article 4, alin. 1 de la présente Décision.

Article 8. La Section de santé départementale dirigera le centre d'ergothérapie et élaborera avant le 1 avril 1958 des instructions détaillées d'organisation et de fonctionnement qu'elle enverra pour avis au Ministère de la Santé et pour approbation au Conseil Exécutif.

Article 9. Les sections : Secrétariat administratif, Santé et Assurances sociales exécuteront la présente décision. Une copie en sera communiquée au corps financier de contrôle interne.

Donné aujourd'hui, le 22 novembre 1957.

Président,
C. Nistor

Secrétaire,
I. Mihăilă

Données estimatives concernant la rentabilité économique de l'hôpital psychiatrique d'ergothérapie „Tabăra" village de Sipote, dép. de Iasi *

L'hôpital psychiatrique d'ergothérapie „Tabăra" du village de Sipote, dép. de Iasi, a été conçu au début comme colonie (section annexe) de l'Hôpital clinique de „Socola" Iași. Il lui a été attribué la propriété, dès avant 1940, d'un terrain de 208 hectares, terrain agricole accidenté de campagne, sans constructions ni cultures.

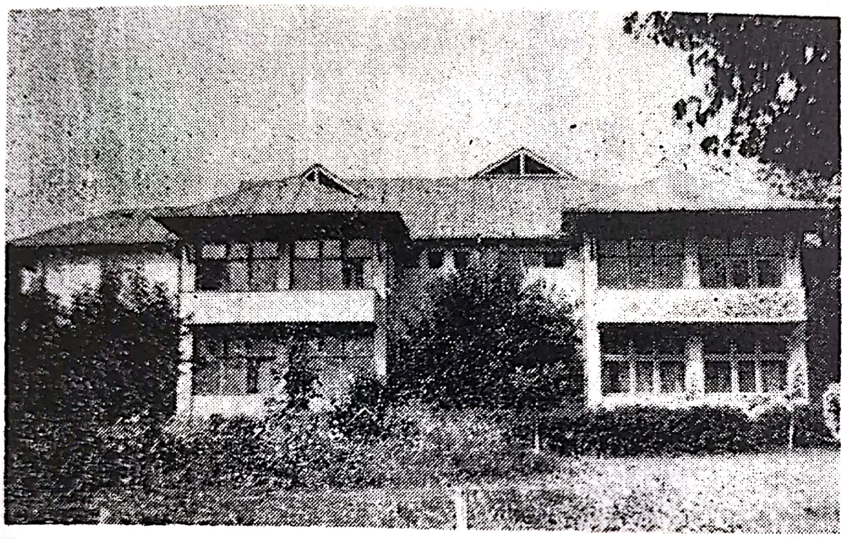
C'est sur ce terrain qu' aprés 1947, sous la direction technique et administrative de l'hôpital de Socola, on a installé une section annexe pour les malades mentaux chroniques type ferme agro-animalière, avec des ateliers spécialisés.

Etant donné les résultats encourageants obtenus dans l'orientation de l'activité productive des malades mentaux chroniques, on est passé en 1957 à une étape supérieure dans l'organisation de cete unité ; elle est alors devenue hôpital psychiatrique d'ergothérapie rémunérée.

---

* Ces données ont servi d'une maniére convaincante à la documentation de la Décision du Conseil des Ministres 1210/1970, concerant la rémunération de l'ergothérapie.

A cette fin, le Conseil exécutif du Conseil populaire du département de Iasi, conformément à la loi no. 6/1957 approuve par la décision no. 833 du 22.XI.1957 la transformation de cette section annexe en „Centre ergothérapique auprès de l'hôpital de „Socola" Iasi, avec 100 lits budgétaires, conformément à la Décision du Conseil des Ministres 1365/1957 concernant les normes du personnel travaillant dans les unités de psychiatrie. Sans assurer le fonctionnement de cette unité d'ergothérapie rémunérée la Décision du Conseil populaire décide la rédaction d'un plan de recettes et dépenses extra-budgétaires conformément à la Décision du Conseil des Ministres et aux instructions du Ministère des Finances 5 000/1951 et 10 216/1952 qui réclament l'activité de production dans les sections et les ateliers de cure, activité en raison de laquelle les malades bénéficient d'une rémunération qui représente 30% de la valeur de leur travail, somme déposée sur des chèques nominatifs à la banque.



La dernière construction de l'hôpital d'Ergothérapie „Tabăra"-Şipote, 1978.

La mise en pratique de cette décision, qui a créé pour la première fois chez nous les conditions nécessaires à la rémunération de l'activité productive des malades mentaux chroniques, a déterminé un revirement dans la rentabilité de cette unité, dû à l'intéressement des malades.

Dans ces nouvelles conditions, l'unité d'ergothérapie „Tabăra' du village de Sipote, annexe de l'hôpital clinique „Socola" de Iasi, devient, dès le 1 janvier 1961, un hôpital psychiatrique indépendant de la subordination départementale. Sa capacité devient en 1962 de 150 lits *.

•

Le rôle de l'ergothérapie dans l'amélioration et la récupération sociale des malades mentaux chroniques et, en même temps, la signification morale de la rémunération de l'activité productive qui leur donne le sentiment de leur dignité humaine, constituent une réalité d'une importance exceptionnelle, reconnue dans le monde entier, et qui n'a plus besoin d'être démontrée.

C'est porquoi nous allons décrire ci-dessous les aspects qui assurent la rentabilité de l'hôpital psychiatrique d'ergothérapie „Tabăra" du village de Sipote, (dépratement de Iasi), en étudiant la période 1963—1967. Cela nous fournira des arguments convaincants quant à la nécessité de la réglementation de l'activité productive des malades psychiques, ainsi que de celle d'autres catégories de personnes handicapées du point de vue somatique, psychique et social.

Sans bénéficier de fonds spéciaux pour des investissements, à l'aide de la capacité de travail restante des malades mentaux chroniques, en tenant compte des indications médicales, bénéficiant d'une organisation technico-administrative compétente, entre le 1 janvier 1963 et le 1 janvier 1968, on a réalisé les bénéfices suivants :

Constructions :

29 bâtiments destinés à l'assistance aux malades

10 bâtiments destinés a l'ergothérapie (ateliers et constructions agro-animaliers)

Valeur du budget investi	895 000 lei
Valeur nominale réalisée	1 295 000 lei
Bénéfice :	310 000 lei

Secteur agro-animalier :

1. Vergers = 12 000 arbres fruitiers, dont les produits représentent une valeur annuelle estimée de 75 000 lei
2. Vignes = 4 hectares de vigne noble, dont la production représente une valeur annuelle estimée de 162 000 lei
3. Légumes = 5 hectares dont les produits représentent une valeur estimée annuelle de 143 000 lei
4. Apiculture = 100 ruches systématiques dont la production représente une valeur estimée annuelle de 13 200 lei
5. Pisciculture = un étang endigué, dont les produits représentent une valeur annuelle estimée de 3 000 lei

---

* A présent sa capacité est de 426 lits (à la suite des constructions réalisées depuis 1970) ; elle pourra se développer jusqu'à 600 lits.

CHEPTEL ANIMAL

1. *Ovins — 500, dont* les produits représentent une valeur estimée annuelle de	115 500 lei
2. *Porcins — 150,* dont les produits représentent une valeur estimée annuelle de	110 700 lei
3. *Bovins — 50,* dont les produits de même que les transports et les travaux agricoles représentent une valeur estimée de	156 000 lei
4. Chevalins — 12, dont l'utilisation représente une valeur estimée annuelle de	29 500 lei
Secteur céréalier — 123 hectares, donnant une production annuelle estimée de	595 200 lei
Secteur des ateliers, pour une réalisation en valeur annuelle estimée de	240 000 lei
Valeur totale générale annuelle estimée :	3 675 000 lei
dont :	
a) fonds budgétaires investis par an	2 897 000 lei
b) gain net annuel	776 000 lei
Valeur totale générale estimée pour 5 ans (1963—1967)	18 365 000 lei
dont :	
a) fonds budgétaires investis	14 485 000 lei
b) bénéfice net	3 880 000 lei

A propos de cette illustration de l'efficience de l'hôpital Şipote de Iasi, il faut relever que le bénéfice net de 3 880 000 lei réalisé au cours des 5 dernières années par l'ergothérapie rémunérée des malades mentaux chroniques, représente le coût de l'assistance pour 300 malades pendant une année (assistance estimée à 13 000 lei pour un malade chronique).

Compte tenu des résultats positifs obtenus par l'hôpital expérimental d'ergothérapie rémunérée Sipote—Iasi, on préconise d'augmenter sa capacité, pour faire passer de 150 lits à 250 lits au cours du IV-e trimestre 1968. Cette augmentation fera à son tour augmenter la rentabilité économique par la réduction du nombre de personnes valides qui doivent travailler comme manoeuvres pendant diverses périodes de l'année.

La rentabilté économique de cette unité augmentera aussi à partir de 1969 par la réalisation de divers ateliers pour la fabrication des divers produits de l'hôpital (tapis, vannerie etc.).

En vertu de la légalisation de l'ergothérapie rémunérée, il serait possible que les bénéfices obtenus soient utilisés pour l'extension des bâtimens d'hospitalisation, jusqu'à atteindre 600 lits, ainsi que pour un meilleur confort des malades, sans pour autant devoir affecter des fonds spéciaux aux investissements *.

A cette démonstration concernant l'orientation des malades psychiques vers l'ergothérapie productive, nous ajoutons que ces 3 dernières années l'hôpital Clinique de Psychiatrie de „Socola" a réalisé une nouvelle section de 250 lits dans le village de Grajduri, dans le département de Iasi (on a continué une construction abondonnée) ; le travail des malades peut y être estimé à 850 000 lei.

Nous devons en même temps remarquer l'effet négatif sur le plan politique et social de l'utilisation du travail des malades sans rémunération équitable, bien qu'on puisse dire que du point de vue médical ce travail-là trouve une indication majeure.

Etant donné la responsabilité médico-sociale qui nous incombe, nous sommes obligés de souligner que, dans les villes agglomérées il y a un nombre important de malades qui n'ont pas la possibilité d'utiliser leur capacité de travail restante. Ils sont de ce fait exposés à la dégradation et à la désorganisation du groupe social dont ils font partie ; cette situation serait évitée si on les dirigeait vers des unités de travail rémunerées, sous contrôle médical et traitement d'entretien approprié.

En revenant à la signification de la réadaptation du malade mental chronique ou du handicapé par l'ergothérapie productive rémunérée, nous devons souligner encore les aspects suivants :

Le professeur Norman Brill, Los Angeles — S.U.A., hôte de „Socola" en 1971.

Le malade laissé à la merci d'une mentalité de méfiance dans les possibilités de redressement humain grâce à son énergie restante, ce malade, donc, subit une dégradation physique et spirituelle. Il est condamné à garder le lit de souffrance, lit que la société est obligée de lui offrir dans les conditions déplorables d'une assistance primitive.

---

* En tenant compte de l'expérience de l'hôpital de Sipote, nous ferons de notre mieux pour créer, au niveau de chaque département, des hôpitaux psychiatriques axés sur l'ergothérapie rémunérée, qui puissent se développer progressivement jusqu'à une capacité de 600 lits environ

Le dr. Adolfo Gamberini directeur du Centre d'Hygiène mentale de Forli, Italie, en visite de travail à „Socola", 1973.

En donnant toute son importance à l'action par laquelle, en travaillant, le malade mental devient plus proche de l'homme normal, il apparaît nécessaire de rémunérer équitablement le travail réalisé. De même que, pour des raisons éducatives, on rémunère les condamnés privés de liberté, on ne devrait pas refuser aux malades qui en ont la capacité et l'indication médicale d'effecteur un travail.

En conclusion, en accord avec tous les membres du Conseil méthodologique de psychiatrie qui ont rédigé les critères d'orientation pour la legalisation de l'ergothérapie rémunérée, nous considérons que, à côté des principes sociaux de la psychologie contemporaine, il faut retenir un second argument. C'est justement la rentabilité économique que cette activité peut assurer, quand elle est bien organisée, tout comme le met en évidence l'expérience de l'hôpital de Sipote-Iaşi.

Hôpital Clinique de Neuropsychiatrie „Socola", Iaşi
Directeur, dr. P. Brânzei

*

L'assistance extra-hospitalière a une importance théorique et pratique qui se reflète dans le contenu de la psychiatrie constructiviste tridimensionnelle développée par l'école contemporaine de Socola avec ses noyaux déjà différenciés, à Galaţi, Bacău et Piatra Neamţ et aussi avec ses nombreux échanges d'informations avec d'autres départements du pays. Par conséquent, dans ce qui suit nous allons présenter en détail des séquences de l'évolution du *Service Psychosocial,* réalisé expérimentalement à Iasi, en 1969, et dont le nom a été transformé ensuite par la généralisation de la décision 86/1973 du Ministère de la Santé, en *Laboratoire de santé mentale.*

L'action de défense et de développement de la santé mentale a été organisée pour la première fois en Roumanie à Iasi, à la suite de la création par le Ministère de la Santé, sur la structure de l'hôpital „Socola", du Service psychosocial, conformément à la Decision du Conseil populaire départemental de Iasi no. 362/1969 :

Art. 1. Le 15 août 1969 sera inauguré expérimentalement dans l'hôpital clinique de psychiatrie „Socola" Iasi, le service psychosocial comme unité spécialisée dans les problèmes de santé mentale, qui puisse élaborer les méthodes et appliquer les mesures pour le développement de la santé mentale, la prophylaxie des maladies psychiques, la récupération et la réintégration sociale des malades psychiques.

L'activité du Service Psychosocial comme unité fonctionnelle extra-hospitalière s'est trouvée en corrélation dès le début avec la constitution du Service de jour comme intermédiaire hôpital-territoire et base d'étude pilote pour le développement de la psychiatrie sociale. Ainsi s'organise la recherche scientifique appliquée dont l'objectif fondamental est de trouver les méthodes prophylactico-curatives les plus adéquates correspondant aux directives du C.C. du P.C.R. d'octobre 1968 en matière de *perfectionnement de l'assistance sanitaire.*

Les principales directions d'action dans le Service psychosocial (L.S.M.) Iasi ont visé, dans la décennie 1970—1980 les objectifs principaux suivants :

I. — L'étude prophylactico-curative du facteur de risque dans le processus d'instruction et d'éducation de l'enfant et de la jeunesse ;

II. — La recherche des facteurs d'échec de l'adaptation dans le milieu industriel ;

III. — L'assistance extra-hospitalière des malades psychiques et leur insertion socio-professionnelle — dans le mouvement et le développement d'une psychiatrie sociale efficiente.

Le Service Psychosocial (L.S.M.) Iasi s'est voué d'une manière soutenue aux problèmes des enfants d'âge préscolaire et des petits élèves dans le sens du concept bio-psycho-social, à la fois dynamique et unitaire. En ce sens, le Service psychosocial a incarné un intérêt soutenu pour les études qui ont abouti récemment à des paramètres pratiques permettant d'améliorer le système des examens médicaux et psychologiques et de préfigurer l'roganisation d'un système protecteur adéquat aux situations.

En ce sens, on a commencé par une action d'orientation, entreprise en 1975 sur 1 048 enfants de 5 à 6 ans des jardins d'enfants de la ville de Iasi. En tenant compte des résultats obtenus avec ce groupe, la méthodologie de recherche a été améliorée et élargie en 1976 sur un total de 2 790 enfants des 25 petits jardins de la ville de Iasi, et sur 636 enfants de la campagne, dans le département de Iaşi (selectionnés en préalable par un psycho-diagnostic qualifié).

L'investigation s'est étendue ensuite en 1978 au niveau des villages du département avec le concours pour l'organisation de l'Union des Jeunessses Communistes.

Les tests et les méthodes employés ont fourni la possibilité d'obtenir des informations correctes, sur la formation et le développement de la personnalité de l'enfant, en mettant en évidence les particularités de perception, d'attention, de mémoire, de pensée, d'affectivité ainsi que les dénivellations ou les perturbations du développement tout comme les modalités psychopédagogiques adéquates de récupération.

Les recherches, basées sur l'examen de tous les enfants de 6 ans de la ville de Iasi et des enfants de la 1 ère classe, ont permis de construire une méthode d'investigation et de récupération a fait l'objet d'échanges d'expériences avec d'autres départements avant d'être, dans une large mesure, adoptée par eux.

Les examens psycho-pédagogiques et médicaux des enfants qui s'apprêtent à entrer à l'école primaire ont conduit à reporter, pour 20 à 25% d'entre eux, leur entrée à l'année suivante, en restant dans les classes maternelles sous une surveillance particulière de la part des maîtresses. De même, sur le total des enfants admis en 1-ère classe, 10 à 12% présentaient un risque d'échec scolaire (ce pourcentage a été établi après l'addition des données acquises dans chaque secteur).

Pour ce qui est de ces deux catégories d'enfants, les observations suivantes s'imposent :

— La reprise, par les enfants de 1-ère classe reportés à un an, du programme de la maternelle dans des conditions identiques, n'élimine pas le risque de non-adaptation scolaire, parce que les recommandations selon lesquelles ces enfants doivent être dans l'attention speciale des maîtresses ne sont pas en fait mises en pratique étant donné le grand nombre d'enfants, existants dans un groupe (souvent plus de 25 enfants).

— L'activité individuelle à l'école avec les enfants qui comportent le risque de retard scolaire connaît les mêmes difficultés dans les conditions des classes agglomérées. Le contrôle différencié du rythme d'acquisition et de participation, tout comme une activité d'enseignement adaptée à chaque sujet ne peuvent être réalisés que dans les classes avec un nombre réduit (15 élèves).

En fonction des conditions et des particularités existantes, on a organisé en 1977 et 1978 des groupes de stimulation psycho-pédagogique avec programme d'après-midi. Les groupes de récupération par l'intermédiaire de la stimulation psychopédagogique progressive constituent une modalité efficiente d'action en vue de la correction et de la récupération des sujets dont le potentiel permet le saut nécessaire à l'adaptation au processus d'instruction et d'éducation de l'école générale.

Ainsi, l'exercice réalisé dans un quartier nouvellement construit, avec un grand indice de population jeune migrée, a déterminé l'abaissement du risque de recalage chez les enfants de 7 à 9 ans de 100 à 11% en 1978. En ce sens, il devient clair que le Service psychosocial a la possibilité de collaborer directement avec les divers groupes de psychologues, logopèdes et sociologues de la ville de Iasi dans le but d'améliorer les activités de prévention de l'échec instructif-éducatif.

Le professeur dr. Michel Laxenaire, Nancy, en visite de travail à „Socola", 1974.

*

En prenant en considération les dates présentées, la nécessité d'englober dans des groupes de stimulation psychopédagogique des enfants reportés à la maternelle tout comme des enfants de la première classe des écoles générales qui ont des difficultés dans l'assimilation du processus instructif et educatif devient évidente. Tout cela peut être réalisé par la participation de tous les psychopédagogues, des pédagogues et des défectoloques disponibles au niveau du département de Iasi *.

Pour résoudre cette situation on propose d'assurer pour certains enfants inclus dans les groupes de stimulation psychopédagogique et qui ont des situations familiales particulières, le repas et le repos d'après-midi dans un cadre institutionnalisé qui permet ensuite le déroulement du programme de récupération.

La même attention doit être accordée aux enfants de la II-eme classe qui présentent le risque d'échec d'adaptation scolaire ou aux enfants avec des troubles de comportement, sans déficit mental, ce qui impose d'assurer l'activité scolaire dans un régime demi-interne ou interne..

Les conditions nécessaires pour assurer l'assistance psychopédagogique récupératrice peuvent être réalisées dans les unités de la zone des circonscriptions écoliè-

---

* Aux actions du Service psychosocial on doit ajouter l'activité du cabinet de neuropsychiatrie infantile de la polyclinique où ont été accordées entre 1970 et 1979, 14 000 consultations en moyenne chaque année.

res visées, ce qui même à l'emploi fonctionnel des possibilités existantes simultanément avec le développement de la psychothérapie de la famille et du microgroupe en action.

L'activité des groupes de stimulation pédagogique suppose un programme adéquat, élaboré à la suite de la collaboration des maitresses des instituteurs, des psychologues, des défectologues et des médecins psychiatres *.

A la fin de la première classe, on prendra une décision en équipe pour chaque enfant qui pose des problèmes ; on décide s'il peut continuer les cours de l'école primaire sinon on dirige les enfants à la commission d'enfants départamentale de diagnostic. Pour cette dernière catégorie les psychologues et les médecins du Service psycho-social (L.M.S.) devront surveiller la manière dont sont appliquées les décisions de la commission au niveau de l'enseignement récupératoire.

L'adolescent et la jeunesse universitaire

1. — Les problèmes complexes et controversés de l'adolescence ont constitué une préoccupation soutenue surtout pendant les premières années de l'activité du Service psychosocial; plus de 7 000 adolescents âgés de 14 à 16 ans, provenant des écoles du département de Iasi et de Vaslui, ont été examinés. Cette preoccupation scintifique à caractère pratique s'est reflétée dans l'étude monographique *Adolescence et Adaptation*, publiée en 1974, sous l'égide du Centre des recherches pour les problèmes de la jeunesse. Ces recherches ont été reprises par la suite, sur un échantillon limité, en 1979 et 1980, pour établir ainsi les paramètres réels de compensation bio-psycho-sociale du facteur de risque d'adaptation estimé au debut et aussi de certains objectifs à préciser dans l'orientation professionnelle.

2. — L'étude de la dynamique d'adaptation de la jeunesse a révélé que les symptômes de type névrotiformes se sont fait remarquer chez plus de 1 000 étudiants entre 1974 et 1979, chiffre qui n'est pas significatif par raport au nombre total des jeunes étudiants; il faut pourtant retenir le fait qu'on a signalé des phénomènes névrotiques chez plus de 50% des cas dans la première année d'études et pour 23% dans la deuxième, le reste étant distribué sur les années superieures d'études.

Ces données mettent en évidence les oscillations inhérentes d'adaptation à la vie universitaire et elles sont un argument de plus pour la nécessité des actions d'orientation professionnelle et d'éducation de la famille et aussi pour l'organisation de l'étude et du repos actif dans les premières années d'étude.

II. — *Le facteur de risque d'adaptation et le milieu industriel*

a) En partant de l'étude initiale sur l'incapacité temporaire de travail efectuée en 1969 sur 20 000 travailleurs du secteur industriel d'où a resulté un coefficient de 2,62‰ pour les maladies psychiques, on est passé à l'approfondissement de l'étude des causes déterminantes.

Ainsi, ayant étudié la dynamique d'adaptation socio-professionnelle sur 2 000 travailleurs à U.F.S. on a relevé quelques particularités d'adaptation aux conditions de l'activité industrielle des jeunes dans les premières années d'activité. Ainsi, le poids des facteurs de microclimat physique (bruit, température, lumière, travail de nuit etc.) qui déclenchent des phénomènès d'inadaptation a une fréquence d'á peu près 25%, tandis que les relations anormales de microgroupe ont été constatées chez 75% des cas avec des phénomènes de risque d'adaptation (qui représentaient 4% du total des travailleurs). Ces dates ont attiré l'attention sur les mesures adéquates d'organisation, d'éducation et de psychothérapie nécessaires pour éviter la désadaptation socio-professionnelle dans le mileu industriel.

Une autre étude réalisée dans le même but sur 1 825 travailleurs de I.I.S. „Tesătura' Iasi, par l'application d'une méthodologie bio-psycho-sociale complexe, a mis en évidence que 180 sujets, surtout des femmes, présentaient des symptômes manifestes de risque d'adaptation qui nécessitent un régime de protection dans l'activité professionelle; il s'agit d'une amélioration du microclimat physique, des relations dans le microgroupe, il s'agit aussi d'éviter les efforts inutiles par l'intermédiaire de la petite mécanisation et l'application des mesures ergonomiques judicieuses, mesures qui ont comme but prospectif de diminuer la fluctuation de la main d'oeuvre, d'augmenter la productivité et de diminuer l'incidence du risque des décompensations psychiques réactives. En ce but prophylactique on a réalisé pour la première fois en Roumanie, à I.I.S. Tesătura, dès 1976, un secteur d'ergonomie différenciée récupératrice. Ainsi, dans l'atelier d'ergonomie intégratrice de Tesătura ont été partiellement récuperées 78 personnes en moyenne par an et 63 employées sont revenus à leur travail avec régime normal.

D'après le modèle de „Tesătura" Iasi on a organisé ensuite, en 1979, un secteur du même type, à l'Entreprise d'Antibiotiques de Iasi, avec 128 sujets, et au premier trimestre de 1980 on a organisé à C.F.S. un troisième secteur avec 310 salariés. Au niveau de la ville de Iasi, dans l'action de récupération par l'intermédiaire des secteurs d'ergonomie intégratrice differenciée 579 personnes ont été entrainés. En même temps, toujours à l'initiative du Service Psychosocial, à Botoşani fonctionne un secteur différencié d'Ergonomie récupératrice avec 90 personnes, par l'intermédiaire duquel 43 employés ont pu reprendre le travail. De même, un autre secteur d'ergonomie intégratrice differenciée fonctionne à l'Entreprise de Confections de Vaslui, avec 109 travailleurs.

Nous considérons que dans cette action de récupération active, on peut intervenir d'une manière significative aussi sur la ligne de la relation coût/bénéfice de l'assistance médicale, relation qui intéresse à présent le monde entier ; celle-ci peut être développée dans le contexte de ses autres actions par la Service Psychosocial de Iasi.

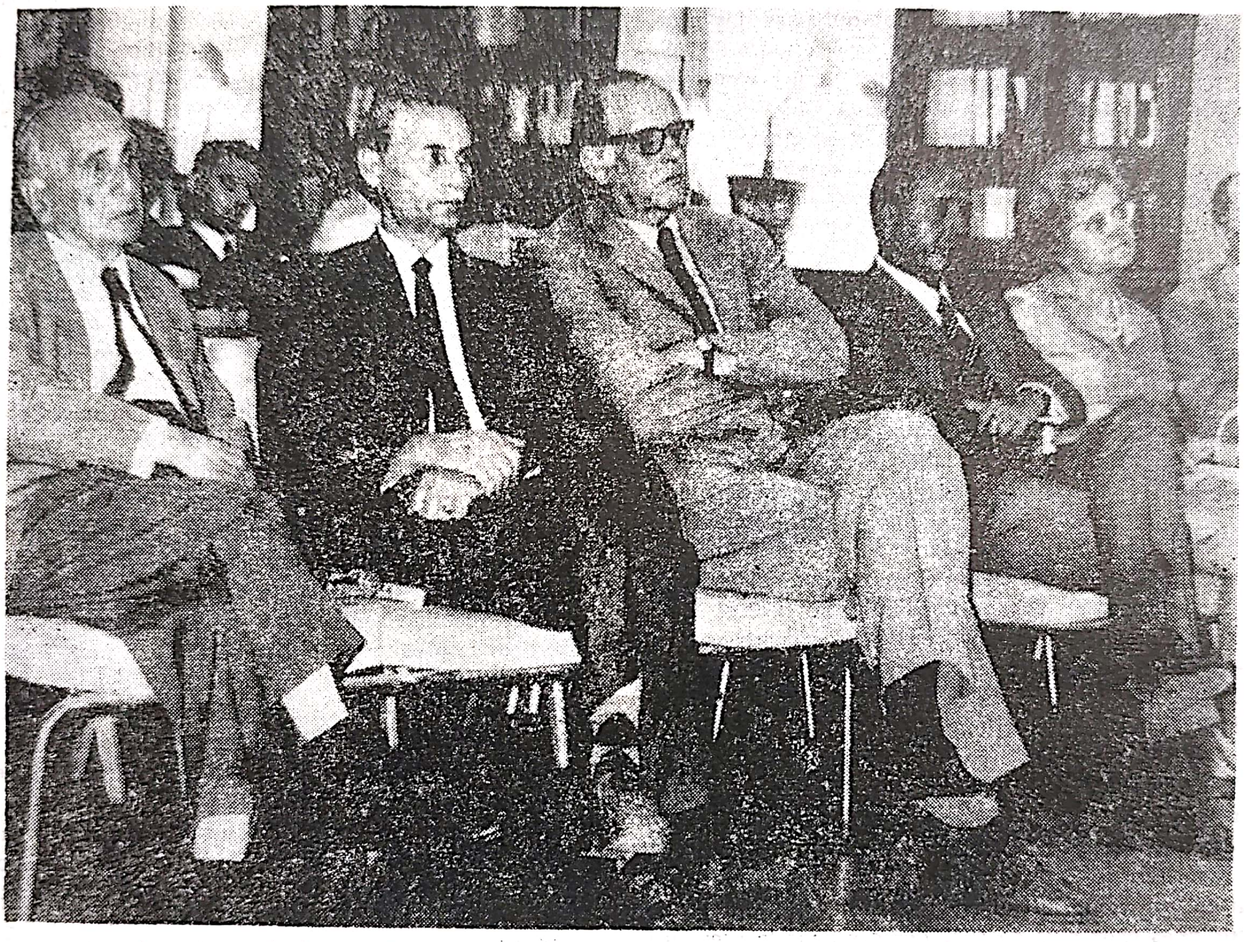
Les préoccupations et les résultats de l'activité déroulée par le service psychosocial dans le secteur de la production industrielle ont été concrétisés dans le recueil *„Adaptation et intégration dans le milieu industriel"* publié en 1979.

---

* Afin de rendre homogènes les points de vue et pour élaborer une méthodologie autant que possible adéquate au niveau de tous les départements, on a organisé, en octobre 1977, un symposium sur *Les problèmes de la récupération médico-psycho-pédagogique de l'enfant*, dont les travaux doivent être publiés en 1980.

III. *L'assistance extra-hospitalière des malades psychiques et leur reintégration professionnelle*

Dans le cadre des cabinets de psychiatrie du Service Psychosocial qui fonctionnent dans les polycliniques de la ville de Iasi, entre 1975 et 1980 ont été examinées chaque année en moyenne 21 000 personnes adultes, dont 6 730 de la campagne.



Le professeur Jan Bastiaans, Leyden-Hollande, en visite de travail à „Socola", 1973.

L'incapacité permanente de travail à cause des maladies psychiques dans la ville et dans le département de Iasi, analysée sur 2 460 cas, a révélé une incidence de plus de 30% jusqu'en 1969. L'action d'intensification de l'assistance psychiatrique intra-et extra-hospitalière a déterminé une baisse de la proportion des personnes invalides de 20% en 1974 à 17% en 1975—1977 et de 16% en 1979. Cette baisse de 50% à peu près du total des cas d'incapacité permanente à cause des maladies psychiques dans la ville et le département de Iasi atteste l'efficience médico-sociale du Service Psychosocial bien que la limite de 16% soit supérieure au pourcentage de 11,7% d'invalidité psychique rapportée au niveau du pays entier.

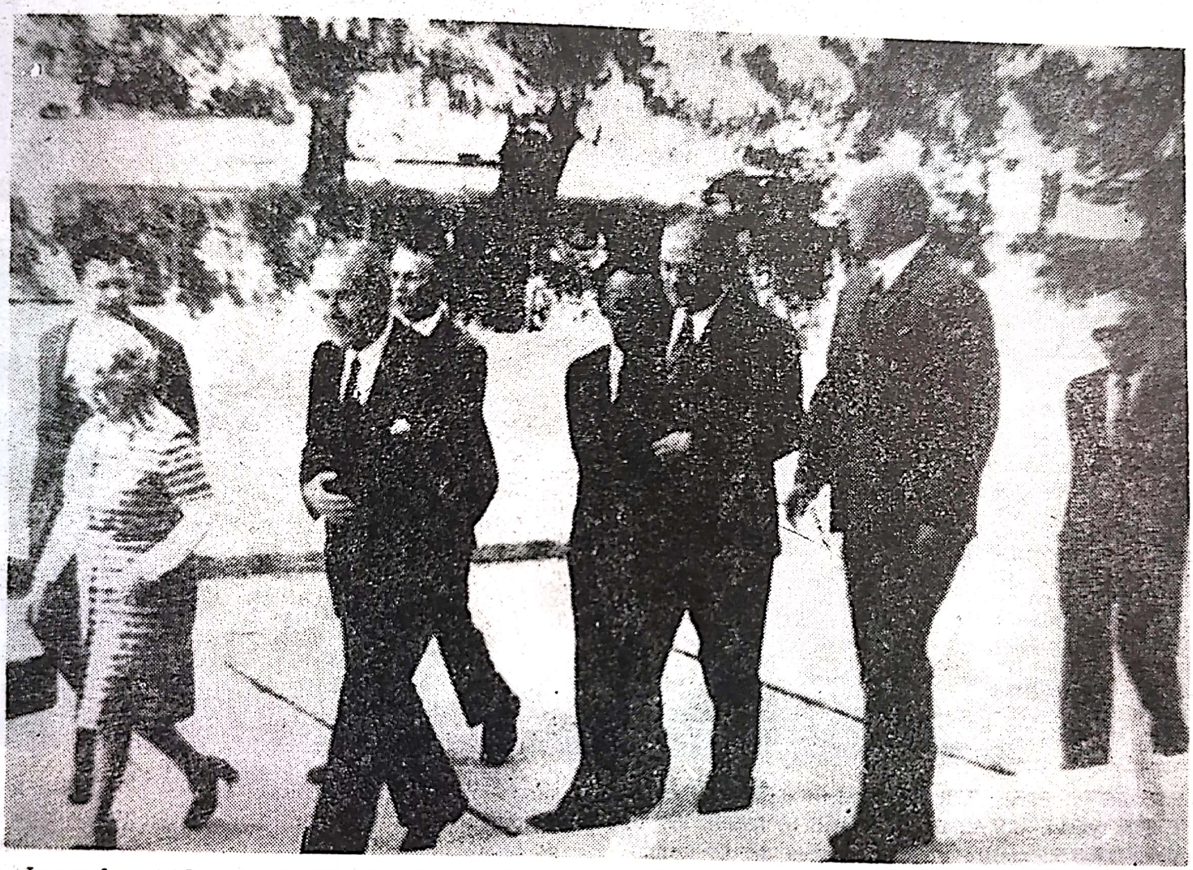
A présent, dans la dispensarisation active il y a 880 malades (386 hommes et 494 femmes) dont les plus nombreux sont les malades de schizophrénie, 328 cas. Il y a ensuite 247 malades qui souffrent d'épilepsie et 223 malades atteints de psychoses affectives.

Dans ces conditions, il apparait absolument nécessaire de développer un secteur d'activité protegée pour les malades psychiques de Iasi, par la création d'un atelier d'ergothérapie intégratrice (atelier protégé) dans le cadre organisé de la Cooperation des Artisans. Cette action conférerait un nouveau contenu à la psychiatrie sociale développée par la clinique de Iasi, et dont les objectifs sont mis en évidence dans *Les Relations interdisciplinaires de la psychiatrie*, publié en 1975.

En ce qui concerne la signification de la psychothérapie intégratrice, de l'ergo-et de la socio-thérapie, il faut mentionner que pendant le décennie 1970—1979 on a organisé des cours d'été pour le personnel medico-économique de tout le pays et on a publié en 1977 un recueil monographique portant sur le thème respectif.

Dans le but de protéger et d'assurer la santé de la population par des actions prophylactiques et curatives extra-hospitalières, réalisées par l'intermédiaire du Service psychosocial (L.S.M.) intégré du point de vue administratif dans le réseau unique de profil selon le modèle de la structure de l'hôpital Clinique „Socola", conformément à l'ordre du Ministere de la Santé nr. 86/1974, le nombre des personnes affectées au Service psychosocial a augmenté de 8, en 1970, à 34 en 1977 et on estime qu'elles seront 40 en 1985.

Comme il résulte des dates présentées, Le Service Psychosocial de Iasi continue à développer ses attributions de forum méthodologique national et international, son activité étant en même temps incluse et intégrée avec des attributions définies par le statut administratif de „Laboratoire de santé mentale". *Par conséquent, nous considérons que la sollicitation* d'être désormais dénommé „Service psychosocial", c'est-à-dire forum méthodologique universitaire pour la défense et la promotion de la santé de la population, est tout à fait légitime.



Le professeur Leo A. Kaprio, directeur du Bureau EURO/OMS, en visite de travail à „Socola", 1974

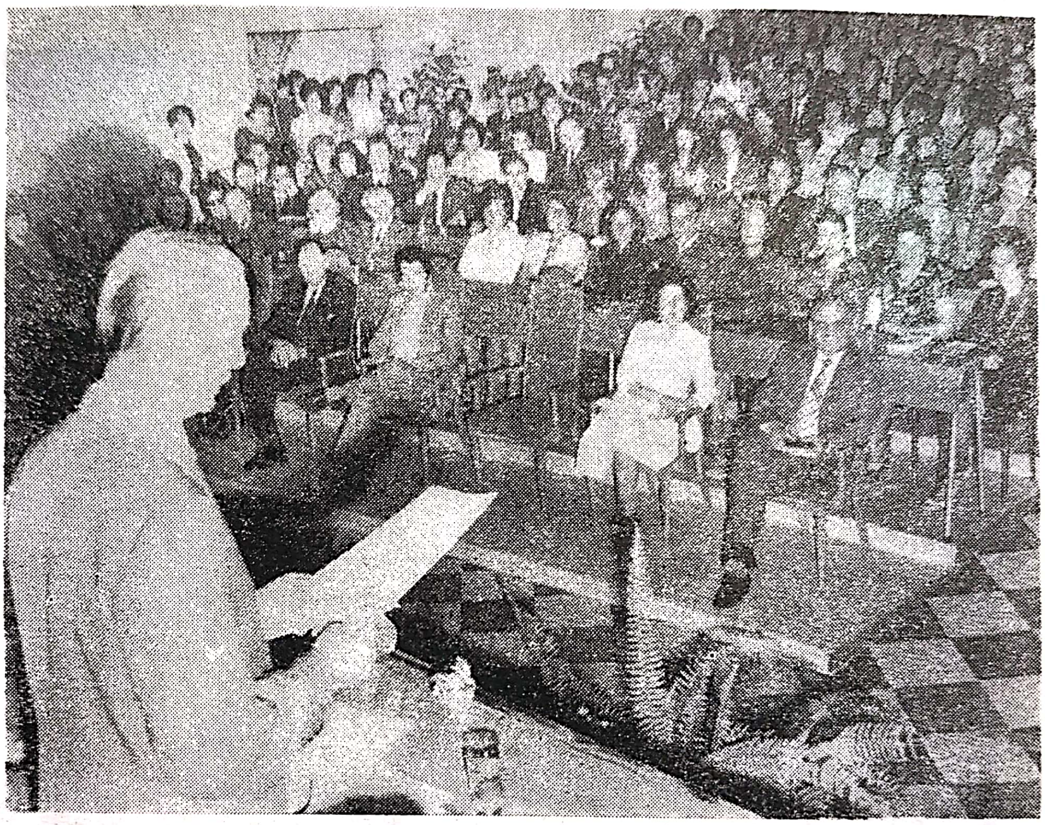
*

L'activité scientifique et didactique développée à l'école de „Socola" a maintenu la structure créée par le professeur Parhon jusqu'à la réforme de l'enseignement de 1948, quoique la Psychiatrie, La Neurologie et l'Endocrinologie, ramifications d'un tronc commun, soient devenues des disciplines indépendantes à la suite du nombre immense de connaissances accumulées. Le plan des recherches s'est maintenu unitaire jusqu'en 1963 à l'intérieur d'une même chaire dont faisaient partie le prof. Ballif (psychiatrie), le maître de conférences Zoe Caraman (neurologie) et le maître de conférences Maria Briese (endocrinologie). Ainsi, outre le volume qui réunissait les travaux de la session scientifique C. I. Parhon, publié à l'occasion de l'anniversaire des 50 ans d'existence de Socola, entre 1950 et 1963 on a publié 80 travaux scientifiques dans le domaine de la neurologie, de la psychiatrie et de l'endocrinologie.

Les travaux mentionnés ont eu en tout premier lieu une orientation nerviste comme, par exemple, les études suivantes: Le réglage neuro-reflexe de la dynamique lymphocytaire en L.C.R., la signification de la présence de l'adrenocrome (identifié pour la première fois en L.C.R. provenu des malades affectés par la schizophrénie et l'épilepsie); la signification d'un nouveau type de réaction thermo-coloïdale en L.C.R. avec palier large dans le décèlement de quelques souffrances méningo-névraxiale. En même temps les problèmes de l'ambiance dans la psychiatrie, la neurologie et l'endocrinologie de même que les questions relatives à la médecine légale ont entrainé des études et des recherches soutenues.

Dès 1963 l'activité de la clinique de psychiatrie développe d'une manière significative la tradition prodigieuse de la recherche scientifique qui caractérise l'école de Socola, confirmée par des études et des recherches publiées en Roumanie et à l'étranger (500 titres à peu-près) ou par des participations directes aux manifestations scientifiques internationales: Moscou, Belgrade, Bristol, Mexique, Salsbourg, Paris, Albi, Triest, Copenhague, Jérusalem, Oslo, Lisbonne, Madrid, Varsovie, Istanbul, Athènes etc.

Simultanément avec les actions d'information sur l'activité déroulée dans le centre psychiatrique de Iasi, pendant les 15 dernières années on a réalisé aussi des échanges d'expériences internationaux pour la jeune génération de spécialistes: dr. M. Baltaru, Bulgarie, U.R.S.S., dr. N. Păruș, U.R.S.S., maître de conférences dr. T. Pirozynski, U.S.A., dr. H. Gottlieb, Israel, dr. V. Hrimiuc, U.R.S.S., maître de conférences dr. C. Romanescu, Italie, France, Angleterre, dr. M. Selaru, France, Belgique, U.R.S.S., dr. Georgeta Zvonaru-Rotaru, R.D.A.



Vue partielle de l'amphithéâtre de „Socola". Premier rang, á gauche: académicien dr. J. Titeca et dr. Ph. Caillé, entre autres participants étrangers à la Session scientifique sur les Relations interdisciplinaires de la psychiatrie, 1975.

En même temps, l'hôpital de Socola a reçu en échange d'expérience ou en visite de protocole des personnalités remarquables du monde scientifique international, des fonctionnaires OMS, des chefs de cliniques ou de départements d'études, parmi lesquels: P. Bertagnia, dr. A. Baert, prof. J. Bastiaans, prof. N. Brill, dr. B. S. Brown, prof. R. Battetella, dr. J. Bierer, académicien M. Cahana, dr. Ph. Caillé, prof. P. C. Garnham dr. A. Gamberini, J. U. Hannibal, dr. Fr. Kilick, prof. L. Kaprio, prof. M. Laxenaire, prof. M. Fowlie, prof. Eugenia M. Motock, prof. M. Hassnein, prof. N. Rabinovici, prof. Claude Veil, dr. P. G. Schute, académicien dr. J. Titeca, etc.

*

A la suite des études et des recherches effectuées pendant les 15 dernières années nous avons formulé des concepts originaux dans le fondement de la psychiatrie scientifique contemporaine, tel le concept bio-psycho-social, la théorie sur la rôle de l'état psychique initial dans le réglage de la triple fonction neuro-endocrino-humorale, la théorie de la parabiose dans la physiopathologie et la thérapeutique des maladies psychiques. Nous avons proposé des modèles thérapeutiques originaux comme l'homéostasie hydroélectrolytique, la mise en espace des encéphalotropes, la correction des effets des drogues par l'intermédiaire des nootropiques originaux de synthèse. Nous avons continué les études sur le paludisme commencées en 1927 (y compris les recherches originales concernant la signification positive de la stimulation biogène non spécifique par la paludothérapie de courte durée associée avec des neuroleptiques de contact dans la psychose hypothymique, étudiée depuis 1975), études qui ont valu à l'hôpital de Socola l'honneur d'être centre de collaboration O.M.S. pour la paludothérapie (jusqu'en automne 1979, quend les recherches ont été interrompues à cause d'un hypothétique risque d'épidémie). L'hôpital Socola a continué d'agir comme base d'études pilote Euro/O.M.S. pour la santé mentale à partir de 1975 jusqu'à présent. Il s'est fait remarquer, de même, dans le contexte européen, par les études effectuées pour la première fois en Roumanie à Iasi, dans le domaine de la psychologie intégratrice et de l'ergonomie récupératrice differenciée, par le commencement d'étude de cohortes en épidémiologie des maladies psychiques, ainsi que par l'étude de la relation coût-bénéfice-efficience.

En conclusion, on peut estimer que l'école contemporaine de psychiatrie de Socola a contribué, dans le sens du déterminisme scientifique, au développement de ses bases théoriques et pratiques. C'est ce que montrent en premier lieu les livres publiés pendant la periode 1970—1980: *Le comportement aberrant dans ses rela-*

tions avec le milieu (1970), *Adolescence et adaptation* (1974), *Itinéraire psychiatrique* (I-ère édition, 1975, deuxième édition 1979), *Relations interdisciplinaires de la psychiatrie* (1975), *La psychothérapie intégratrice* (1976), *L'alcoolisme — implications bio-psycho-sociales* (1977), *Adaptation et intégration dans le milieu industriel* (1977), *Les problèmes médico-psychopédagogiques de l'enfant* (1978, en cours de parution).

La fête du centenaire de l'Institut de Médecine et de Pharmacie de Iasi, célébrée le 1-er décembre 1979, a offert à Socola, école scientifique progressiste, la possibilité de contribuer directement à l'organisation d'un colloque concernant le *Problème de l'homme et de la médecine contemporaine* (colloque publié par I.M.F. Iași en 1979).

Il est significatif que, quoique le volume contienne les contributions de médecins et de physiologistes, de pédagogues et de sociologues, de philosophes et d'ingénieurs, tous ont en commun le même trait de noble distinction : quels que soient leur profession, leur âge et leurs titres académiques, c'est l'aspiration à contribuer à la formation de la conscience de la responsabilité civique chez des hommes dotés de qualités professionnelles particulières et appelés à agir constamment et avec compétence pour l'accomplissement d'une politique de développement du bien être de la population, politique qu'accélèrent encore les nouvelles réalités de la révolution technico-scientifique. Cette aspiration exprime bien l'orientation de l'école contemporaine de psychiatrie de Socola.

Le professeur Claude Veil, Paris, lars de sa troisième visite de travail à Iasi, en octobre 1980

En d'autres mots, ce que l'école de Socola a accompli de nos jours est illustré encore par l'extension des recherches multidisciplinaires dans le champ axiologique qui a pour but intégrateur la médecine de l'homme sain dans sa triple dimension bio-psycho-sociale, action complexe qui, bien sûr, ne peut être détachée du contenu intrinsèque de l'évolution technico-scientifique et d'une conception avancée des relations interhumaines.

*

En arrivant à la fin des considérations illustrant l'activité de l'hôpital „Socola", nous pouvons réfléchir sur l'évolution créatrice de l'ensemble de la psychiatrie roumaine et envisager les perspectives qui s'ouvrent à son action. Ainsi, au fur et à mesure que les modalités d'investigation et d'organisation se sont perfectionnées, le domaine proprement-dit de la psychiatrie s'est modifié. C'est pourquoi, en raison du caractère complexe du consensus anthropologique interdisciplinaire découlant de l'étude de la psychiatrie contemporaine (vue ici comme discipline médicale visant à la connaissance des causes des troubles psychiques afin de les prévenir et les traiter), il s'est produit dans certains pays un glissement dans le „nihilisme antipsychiatrique", qui nie jusqu'à l'existence des maladies, et par conséquent prêche l'inutilité de l'assistance psychiatrique (ce qui constitue, à notre sens, une forme dérivée récente des manifestations agnostiques d'orientation occulte).

Cependant, conformément à l'étude scientifique écologo-épidémiologique longtemps poursuivie sur une population quelconque, on peut affirmer avec certitude que les maladies psychiques expriment une focalisation des causes de morbidité générale et des facteurs sociaux négatifs. Leurs manifestations se modifient continuellement sous l'influence des facteurs économiques, culturels et technico-scientifiques produisant des changements dans l'écologie humaine.

On peut en déduire que la psychiatrie continuera d'être une dislipline médicale de confluence des sciences anthropologiques dans ce domaine et que tout progrès des connaissances sera fertile en succès thérapeutiques proprement-dits.

En ce sens, il est à remarquer que les psychoses exogènes engendrées par les conditions de vie difficiles, telles les psychoses pellagreuses, syphilitiques, de carence ou liées à la maternité, maladies très graves, qui étaient offensives jusqu'à l'instauration du pouvoir démocratique, sont à présent éliminées ou en voie de disparition. En même temps, les psychoses endogènes (telles la schizophrénie ou la psychose maniaco-dépressive) manifestent une tendance à la stabilisation, quoique leur origine génétique ne puisse être exclue.

Parallèlement, les nuisances polluantes biogènes et psychogènes, caractéristiques des transformations accélérées de la société contemporaine, provoquent partout dans le monde une augmentation significative des demandes d'assistance spécialisée pour les troubles psychiques qui sont à la limite du normal, telles les névroses, les drogodépendances, les dysharmonies de la personnalité, et, en relation avec le prolongement de la durée moyenne de la vie, les psychosyndromes de l'âge avancé.

En partant de la, il n'y a rien de surprenant dans le fait que dans l'hôpital clinique de psychiatrie „Socola" de Iasi, on ait traité plus de malades pendant les 15 dernières années qu'au cours des 60 années antérieures, avec de bons résultats immédiats dans 90% des cas et une mortalité inférieure à 1,5% à comparer avec les 20% observés dans les anées 40.

Le professeur dr. Petre Branzei et ses élèves de l'hôpital Clinique „Socola", 1980.

Premier rang : dr. Cicerone Postelnicu, dr. Nicolae Păruş, dr. Mihai Baltaru, pharm. Ioana Anton, maître de conf. dr. Tadeusz Pirozynski, dr. Olga Moraru, prof. dr. Petre Brânzei, dr. Militina Mereuţă, dr. Lucien Ballif, dr. Smil Blumenfeld, dr. Georgeta Zvonaru-Rotaru, ing. Adriana Şaramet. *Deuxième rang :* dr. George Simovici, dr. Grigore Balanovschi, dr. Theodor Banu, dr. Mihai Şelaru, dr. Constantin Mâţă, dr. Vasile Hrimiuc, dr. Ioan Gherasimescu, dr. Herman Gottlieb, dr. Constantin Romanescu, dr. Otilia Baciu, dr. Jana Costinescu. *Troisième rang :* dr. Constantin Borza, dr. Mariana Gribincea, dr. Theodor Horopciuc, dr. Mihai Stanciu, dr. Olga Horopciuc, dr. Tudor—Mihai Lăudat, dr. Petru Boişteanu, dr. Vasile Chiriţă, dr. Ioan Ştefan, biolog Florin Teodorescu, dr. Gheorghe Balan. *Quatrième rang :* biologue Maria Balţatu. dr. Sofia Dudeanu, dr. Monica-Elena Chiriac, dr. Maria Cuţu, dr. Carola Ofenberg. *Cinquième rang :* dr. Rodica Ioil, dr. Elena Meriu, dr. Claudia Dimitriu, dr. Virginia Fortună, dr. Maria Pop, dr. Dalila Ştirbu, dr. Florica Halibei, dr. Virginia Marinescu, Iosif Braharu (comptable-en-chef).

En ce sens, il serait à retenir que la psychiatrie roumaine contemporaine se développe sur l'itinéraire traditionnel déterministe-scientifique et progressiste de la médecine et de la psychologie roumaines, et dans cette constellation l'école de „Socola' a gardé son caractère polarisateur et créateur.

Dans le cadre des confrontations intrapsychiatriques actuelles, la plupart des psychiatres contemporains ont accepté le concept intégrateur bio-psycho-social qui impose de prendre en considération à la fois, les rapports entre le contenu et la forme des parties composantes, que lêtre humain comme un tout, que réflète son niveau de conscience vis-à-vis des normes d'une société donnée. En acceptant ce concept tridimensionnel, on aboutit aussi à une prévision psychiatrique écolo-épidémiologique, structurée sur des critères nosologiques, psychologiques et sociologiques, critères qui s'accordent nécessairement avec la politique de défense et de développement de la santé publique. En ce sens, dès 1963, les spécialistes de tout le pays ont contribué, par l'intermédiaire du Ministère de la Santé, à la rédaction du premier projet à long terme de développement de l'assistance psychiatrique et de défense de la santé mentale de la population.

Prenant pour point de départ la même fondement du constructivisme psychiatrique contemporain, vu à l'aide du concept bio-psycho-social, on peut prendre en outre on considération la signification de la *psychothérapie intégratrice* réalisée par l'ergo-socio-thérapie recupératrice ; on peut parler aussi de la signification des services psychosociaux et des formes intermédiaires d'assistance, tels le service de jour et l'assistance extrahôpitalière avec son rapport favorable coût/bénéfice/efficience.

Les psychiatres de notre pays ont produit aussi, pendant les 15 dernières années, une série de publications de prestige et se sont affirmés d'une manière plus évidente sur le plan international comme promoteurs d'une psychiatrie scientifique évoluée et en même temps humanitaire.

Entre autres, la Roumanie est appreciée par l'OMS comme le pays ayant la forme d'hospitalisation et d'assistance la plus libérale, situation positive relevée telle quelle, pour l'hôpital „Socola", à l'occasion du VI-e Congrès mondial de psychiatrie sociale, à Barcelone, en 1978.

La compréhension déterministe-scientifique du rôle des conditions matérielles et le rôle actif de la conscience comme *primus agens* du développement social imposent des interventions politiques et idéologiques soutenues par le progrès de la technique et de la culture actuelles dans le processus de modelage et de formation du microgrupe familial, scolaire et profesionnel, en vue du développement équilibré de la personnalité et afin d' éviter les risques éventuels d'échec de l'adaptation. En ce sens, on sait que c'est au niveau du microgroupe que se réalisent et s'accomplissent le statut et le rôle de chaque personne au long de son existence. On réalise ainsi la liaison entre l'élément social et l'élément psychologique, dans une synthèse consciente normative et axiologique étant donné que le groupe stimule simultanément la structure subjective idéo-affective, structure différente en qualité chez chaque individu pris à part dans son existence complexe bio-psycho-sociale, dynamique et unitaire.

L'étude des risques d'inadaptation pouvant éventuellement se traduire par des tendances déviantes n'appartient assurément pas, d'une manière prédominante ou domaine de la morbidité psychique, mais elle doit prendre place comme aspect de premier ordre dans le domaine de la santé mentale. Dans leur majorité, ces phénomènes apparaissent surtout quand on méconnaît la qualité des relations interpersonnelles. Et l'issue des situations de risque d'inadaptation est conditionnée, en tout premier lieu, par des interventions adequates, socio-pédagogiques et d'orientation professionnelle, et des mesures ergonomiques, elles aussi appropriées à chaque cas particulier. Leur mise en oeuvre peut, en règle générale, être efficacement assurée par l'action de microgroupes, secteur dans lequel il y a de grandes possibilités de travail, qui ne sont pas encore suffisamment exploitées partout, sans omettre les cas de handicap mental.

Les données présentées ci-dessus attirent, en même temps, l'attention sur la nécessité de connaître les relations de microgroupe autant dans l'orientation et l'organisation de la production, qui subit un processus rapide et continuel de transformation, que dans l'identification des éventuels comportements non-adaptés. On a relevé aussi le fait que bien que les interrelations de production influencent d'une manière considérable la qualité du climat du microgroupe, les particularités individuelles maintiennent leur rôle de différenciation pour chaque cas d'échec, dans les mêmes conditions de travail et de vie, pour les mêmes âge, sexe et niveau de culture. Par exemple, en fonction des particularités de la personnalité des jeunes gens qui accomplissent d'une manière satisfaisante leurs devoirs on observe chez eux, naturellement, des relations idéo-affectives et volitives différenciées par rapport à ceux qui présentent un plus grand risque d'échec adaptatif, et cela surtout pendant les premières années de travail.

Les situations décrites révèlent des possibilités de perfectionnement des relations dans les microgroupes au travail, et conduisent à la mise au point de critères de prophylaxie immédiate plus efficiente à l'égard d'un éventuel risque d'échec d'adaptation ; tout cela peut être réalisé par la population elle — même, qui est devenue consciente de son pouvoir modelant.

En d'autres temes, quoiques la santé mentale ne comporte pas seulement un aspect psychiatrique, elle est bien en rapport avec les tendances et les aspects d'une medecine dynamique tridimensionnelle et dont le contenu constitue un élément de premier ordre dans la politique de défense et de développement de la santé de la population.

En guise de conclusion, on peut dire que la réunion ici, à Socola, en ce moment anniversaire, la fête qu'honore la participation d'un si grand nombre de médecins, de psychologues, de pédagogues, de sociologues, de hommes de science au large horizon, compréhensifs et venus pour discuter des problèmes actuels *(l'Avenir de la psychiatrie notamment)*, que cette réunion donc suppose que l'école médicale de Iasi va continuer les traditions que la caractérisent, en contribuant, d'autant plus, dans les conditions de la société contemporaine, au développement de nouvelles perspectives de modélisation et de formation en rapport avec les exigences posées par l'évolution accélerée de la société contemporaine.

SEQUENCES OF THE LIFE OF „SOCOLA“ HOSPITAL
or on
The Future of Psychiatry : Adaptation, Integration, Recuperation

SUMMARY

The founder of "Socola" Hospital — locality the toponimic name of which signifies 'hawk' — is Dr. Al. Braescu, a graduate of the Medical Faculty of Iasi. The construction of the hospital started in 1877 and was finished in 1899, its opening being delayed until the Fall of 1905 for several reasons. The construction of the first psychiatric hospital especially meant as a clinical basis for medical training was the fruit of the energetical action of the progressist intelligentsia of Iasi of those times in the first place. Initially, a senior physician, two junior ones and a post graduate student worked for the hospital. Early dependent to the Trusteeship of St Spiridon Hospital, since November 1918 it has been sponsored by the State. At that time there were 148 pacients admitted in.

Since 1912 "Socola" Hospital started developing as a medical school of prestige, when the Senate of "Al. I. Cuza" University had elected dr. C. I. Parhon — a scientist already known as a collaborator of Prof. G. Marinescu — as a professor in the clinic of nervous and mental diseases of Iasi (1912—1933) Together with a group of distinguished physicians, psychologists and sociologists, he founded at "Socola" the first Romanian Society for Neurology, Psychiatry and Endochrinology in 1918 whose Bulletin, in French, largely spread all over the world, issued over 1 000 titles until 1947 which contributed to the formation of an authentic psychiatric scientific school in Iasi, continued by prof. L. Ballif, between 1932—1962.

After the Second World War, and especially in the last 15 years, "Socola" psychiatric school witnessed a new stage of development — *the contemporary scientific constructivism.* Thus, it is fundamented the tridimensional concept on bio-psycho-social interrelations, a fact that allowed the creation of a concrete framework for spatiality of the applying methodology on the basis of a concrete knowledge of ecologo-epidemiologic parameters and for prospecting the true posibilities of the development of medical care delivery and for providing the material basis, concomitantly with the creation of a general high opinion of the population as to the content of psychic diseases and the statute of the mental pacient.

The third stage of the history of "Socola" school prospects at the same time the future of psychiatry through adaptation-integration-recuperation- a preoccupation which constituted the subject-matter of the festive Session occasioned by the cellebration of 75 years of "Socola" Hospital. Thus, there were formulated dinamic criteria of prophylactic and curative care delivery intra- and extra-muros, it has been achieved an efficient methodologic protocol of corelations with other medical profiles, it was improved, as a consequence of extensive studies, the methodology of intra- and extra-muros psychiatric care delivery.

As a consequence of these generalized constructivist actions, in the period between 1963—1980 the hospital capacities on the territory were doubled. The number of beds increased, in Moldavia, from 0.3‰ in 1963 to 0.9‰ in 1980 and the number of the specialized personnel increased from 42 in 1964 to 111 in 1980. Under these conditions the Clinic Hospital "Socola" monoprofiled on psychiatry got to have 810 beds and 1 010 beds on the territory of the county of Iasi. In this way, the number of beds is about 2‰ as related to the population of the county of Iasi. In future "Socola" school has in view the opportunity and necessity of founding in each county services for remunerated ergotherapy of agro-zootechnic farm type for men and women, with 600-800 beds according to the model of "Tabara", Sipote Hospital for ergotherapy in the county of Iasi. By creating such models of psychiatric care delivery it occured a revolution of medical institutionalized care delivery for the long term pacients according to which the pacient is no longer exposed to a mentality of doubt in the possibilities of human recovery, the use of his abilities, fairly remunerated, contributing to the achievement of the feelings of human dignity and social usefulness — one of the most favourable conditions for psychiatric recuperation. In this way it was brought a decissive contribution of fulfilling the Decision of the Ministry Council (H.C.M.) 1 210/1970 which by its humanist character finds out a significance on the world level.

In this stage of contemporary scientific constructivism the school of "Socola" has set up the Psycho-social Service as a means of prospecting and applied study of the various relations between the individual and social group viewed from the outlook of adaptability and implicitly of preventing certain major forms of mal-adaptation, providing thus the conditions of achieving the desiderata of preventing and recuperating mental pacients, according to the present tri-dimensional concept of psychiatry, which is dinamic, uni-

tary at the same time. It constituted the theme of several scientific sessions on *Mental Health and Social Psychiatry*.

The experimental operation of the Psycho-social Service in Iasi since 1969 as well as the Day Service with a recuperatory profile by means of ergo- and socio-therapy led to the generalization in the whole country of the "Laboratory for Mental Health" and allowed the release in the domain of research of the notions of integratory psychotherapy and differentiated recuperatory ergonomy, notions which have since been positively received in Europe.

The didactic and scientific activity of "Socola" school founded by prof. Parhon maintained as such until 1964 though psychiatry, neurology and endochrinology had already become full disciplines. From that moment on the activty of "Socola" school of psychiatry got a new content when new directing principles have been formulated : the bio-psycho-social concept ; theory on the parabiosis and the role of the early psychic state for the adjustment of neuro-endochrino-humoral function ; theory on the significance of integratory, psychotherapy by means of modelling microgroup ; original therapeutic models such as hydroelectrolitic re-balancing, the spatiality of encephalothropic medicines, the correction of the phenomena of drug addiction by means of new synthetic noothropics; or as regards the significance of immunitary, biogene palludic stimulation of short term — studies which brought to this hospital the honour of the title of WHO's Collaborator Centre for palludotherapy.

In the last 15 years the School of "Socola" published in and abroad over 500 papers achieving at the same time a significant number of international exchange of experience when "Socola" has been visited by numerous personalities of the scientifical world. The affirmation of "Socola" psychiatric contemporary school is also due to its position as a Pilot Study Area of WHO, The Regional Bureau for Europe in problems of Mental health.

The determinist-scientific tradition of the activity of the school of "Socola" permitted an approach of theoretic and practical problems of contemporary psychiatry from realistic positions which refuse anti-psychiatric agnosticism and nihilism, proposing a multidisciplinary conjugated effort for preventing and treating mental diseases.

This consistent orientation is manifested in the content of the volumes published in the last 15 years by the members of "Socola" school to which many remarkable specialists from our country and also from Europe have contributed, an orientation which has extended its researches to the field of axiology which views integratively the healthy man in his bio-psychic-social tri-dimentionality.

One can conclude that the contemporary school of „Socola" continues and develops on the traditional line in a humanistic determinist-scientific sense to the development of the integratory theoretical and practical bases of national and international psychiatry.

ANEXA I

Tabel sinoptic de reconstituire a medicilor şi alte cadre superioare care au lucrat în spitalul „Socola" în perioada 1905—1980*

Nr. crt.	Numele şi prenumele	promoţia**	intern	secundar	specialist	primar	Observaţii
1.	Brăescu Alexandru	1892				1905—1917	Profesor benovol de Psihiatrie 1895—1906
2.	Iliescu I. Andrei	1898		1905—1918			Director 1905—1917
3.	Antohi Neculai	1899		1906			
4.	Zosin Panaite	1900		1906—1907			Profesor de psihiatrie 1906—1912
5.	Popa Radu-Corneliu	1908	1906—1908	1908—1918		1918—1934	
6.	Parhon I. Constantin	1905				1912—1933	Profesor Neurol. Psih. Endocr. Director 1917—1928
7.	Isanos-Balan Elisabeta	1919	1916—1919				
8.	Marinescu Dumitru	—		1917			
				1918 : total angajaţi = 53 din care 8 medici			
9.	Bazgan Grigore	1913		1918			
10.	Toporăscu Eleonora	1914	1918—1919				
11.	Stoker Arnold	1916		1918—1922			Funcţionar Naţ. Unite
12.	Stoker-Lăzărescu Alisa	1917			1918—1921		
13.	Zambra Mihai	1918			1918		
14.	Gheorghiu M. Vasile	1919	1918—1919				
15.	Briese Serghie Maria	1921	1918—1919 şi în continuare pînă în 1963 I.M.F.				Conf. Endocrinologie
16.	Papazian Garabet	1922	1918—1919				
17.	Jaques Goldner		1918				
				1919 : total angajaţi = 63 din care 6 medici			
18.	Vasiliu Gh.	1919	1919				
19.	Ballif-Schreiber Charlote	1920	1919—1921	1921—1931		1945—1953	I.M.F.
20.	Kernbach Mihai		1919—1923				Profesor Medicină Legală
				1921 : total angajaţi = 105 din care 6 medici			
21.	Derevici Mihail	1925	1920—1926	1926—1929		1929—1944	
22.	Derevici Ipolit		1920—1924				
23.	Preda-Derevici Elena	1926	1920—1926	1931—1940		1940—1945	I.M.F.
24.	Chitilovschi Alexandrina		1920—1922				
25.	Vasilescu Constantin	1928	1920—1922				
26.	Alexandropulov Maria		1921—1926				
27.	Ballif Leon	1919		1922—1924		1924—1961	Profesor Neurol. Psih. Endocr. Director 1928—1953
28.	Orenştein Isidor		1922—1927	1931—1940			Medic şef laborator
29.	Cernăuţanu-Orenştein Emilia	1926	1922—1927		1931—1940		Medic anatomie patologică
30.	Blinov Anatoli		1922—1930	1930—1932		1944—1947	
31.	Mârza Vasile	1927	1922—1927				Profesor Histologie
32.	Mârza-Rusnac Eugenia	1929	1922—1928				I.M.F. laborator

---

* În cazul persoanelor specificate ca fiind cadre didactice (I.M.F.), este posibilă apariţia unor discontinuităţi sau neconcordanţe faţă de statele de salarii ale spitalului, ca şi în cazul unor studenţi care au lucrat efectiv pentru masă şi locuinţă ca infirmieri sau ca „interni provizorii" fără salar.

** Persoanele neînregistrate la promoţie în marea lor majoritatea nu au absolvit Facultatea de medicină la Iaşi

Nr. crt.	Numele și prenumele	promoția	intern	secundar	specialist	primar	Observații
				1923 : total angajați = 130 din care 12 medici + 1 farmacist			
33.	Cahana Mareș	1926	1923—1928				
34.	Parhon-Ștefănescu Constanța	1926	1923—1926			1935—1946	Profesor Psihiatrie București
35.	Cahana Weissbein Taura	1927	1923—1928				
36.	Hofman Adolf Avram	1927	1923—1927				
37.	Pacher Diana				1923—1946		Farmacist
				1924 : total angajați = 153 din care 14 medici + 1 farmacist			
38.	Caraman-Crețescu Zoe	1921	și în continuare pînă în 1964 I.M.F.				Conf. Neurologie
				1925 : total angajați = 155 din care 14 medici + 1 farmacist			
				1926 : total angajați = 155 din care 15 medici + 1 farmacist			
39.	Trifan Nina	1928	1926—1929				
40.	Verner Gherta	1928	1926—1933				
41.	Lunevschi Iuda	1929	1926—1930	1930—1937			
				1927 : total angajați = 137 din care 15 medici + 1 farmacist			
42.	Lavrenenco Natalia	1929	1927—1930	1930—1940			Laborator Malarie
				1928 : total angajați = 144 din care 14 medici + 1 farmacist			
43.	Vieru-Chelărescu Maria	1931	1928—1929	1929—1937		1937—1954	Laborator Malarie
44.	Gorduza Elena		1928—1931				
				1929 : total angajați = 153 din care 16 medici + 1 farmacist			
45.	Pisarevschi Bases	1930	1929—1931				
46.	Barbu Ileana	1930	1929—1930				
47.	Pop Marius	1932	1929—1932	1932—1939		1939—1974	Director Răducăneni
48.	Cobilanschi Iosif	1931	1930—1931				
49.	Știrbu Aurel	1933	1930—1931				
50.	Tăriță Sergiu	1933	1930—1932	1932—1943			
51.	Branover Fani	1934	1930—1934	1934—1940			
52.	Hudiță Ștefan	1936	1930—1936				
				1931 : total angajați aproximativ 161 din care : aproximativ 16 medici + 1 farmacist			
53.	Gherșcovici Idel	1929	1931—1932				Medic laborator
54.	Ferdman Moise	1931	1930—1931	1932—1935			
55.	Munteanu Maria	1933	1931—1932	1934—1936			
56.	Urzică Constantin	1934	1931—1934	1934—1936			
57.	Olșevschi Tatiana		1931—1932				
				1932 : total angajați = 166 din care : 16 medici + 1 farmacist			
58.	Gheorghiu-Sevcenco Tatiana	1935	1932—1935	1935—1944			
				1933 : total angajați =171 din care 16 medici + 1 farmacist			
59.	Frimu-Plămădeală Melania	1942	1933—1942				
60.	Gheorghiță Ioan	1937		1934—1939			
61.	Glinoer Elena	1937	1934—1937				
62.	Gheorghiță-Parhon Elena	1938		1934—1939			
63.	Scurtulencu Eleonora	1939	1934—1937	1937—1939			Malarie
64.	Gălușcă Lucia	1939	1934—1939				Malarie
65.	Lupescu Casandra	1939	1934—1940	1940—1944			
66.	Cristescu Olga				1934—1946		Farmacist

Nr. crt.	Numele și prenumele	promoția	intern	secundar	specialist	primar	Observații
				1935 : total angajați = 180 din care 17 medici + 1 farmacist + 1 entomolog			
67.	Galibin Constantin	1937					
68.	Butnaru C. Gheorghe	1939	1935—1936	1936—1939			
69.	Moruzi Alexandru					1935—1942	Prof. Chirurgie
70.	Ungureanu Ernest					1935—1939	Entomolog Prof. Parazitologie
				1936 : total angajați = 183 din care 17 medici + 1 farmacist + 1 entomolog			
71.	Luchian Neculai	1940	1936—1940				
72.	Petrescu Ștefan	1934	1936—1941	1941—1944	și în continuare pînă în 1958 IM.F.		Șef laborator
73.	Plămădeală Boris	1934	1936—1942				
				1937 : total angajați = 187 din care 18 medici + 2 farmaciști + 1 entomolog			
74.	Ballif Lucien	1935		1937—1941	1946—1958	1964—1977	
75.	Hurduc Mircea	1937		1937—1941			Malarie Prof. Histologie
76.	Burcovschi Nicolae	1938	1937—1939				
77.	Andronic I. Valentin	1940	1937—1940	1940—1944			
78.	Brânzei Petru	1943	1937—1943	1943—1948		1948 prezent	Prof. Psihiatrie, Director 1966 prezent
				1938 : total angajați = 188 din care 18 medici + 1 farmacist + 1 entomolog			
79.	Bartl P. Iosif	1940	1938—1940				
80.	Parhon V. Ioan	1942	1938—1942				
				1939 : total angajați = 190 din care 18 medici + 2 farmaciști + 1 entomolog			
81.	Corciovă Dumitru	1939	1939—1941				
82.	Băncilă S. Maria	1940	1939—1940				
83.	Cioroianu S. Fluviu Tiberiu	1940	1939—1940				
84.	Rădășanu Al. Maria	1941	1939—1941				
85.	Drăgan Gheorghe	1941		1939—1940			
86.	Bordeianu Elena		1939—1942				Entomolog
87.	Lăzărescu Georgeta			1939—1940	1942—1945	1951—1954	Farmacist
				1940 : total angajați = 192 din care — 18 medici + 2 farmaciști + 2 entomologi			
88.	Vornicu Iancu	1941	1940—1942				
89.	Mereuță Militina	1942	1940—1946	1946—1948		1958—1978	
90.	Pantos Neculae	1943	1940—1942				
91.	Popa Tiberiu	1944	1940				
92.	Beiu Gheorghe	1945	1940—1943	1943—1946			
93.	Munteanu Gheorghe	1948	1940—1947				
				1941 : total angajați = 197 din care 19 medici + 2 entomologi + 2 farmaciști			
94.	Tuchilă Maria	1940		1941—1942			
95.	Malache A. Angela	1940		1941—1942			I.M.F.
96.	Coltofeanu Andrei	1942	1941—1942				
97.	Coliban Antonina	1942	1941—1942				
98.	Popescu Iolanda	1942	1941—1942				
99.	Brânzei Elena	1943	1941—1944				
100.	Palade Gh. Dumitru	1944	1941				
101.	Timișescu Aglaia				1941—1950		Entomolog
102.	Calistru Aurelia				1941—1942		Entomolog
103.	Zubatii Elena	1947	1941—1942				
				1942 : total angajați = 185 din care 17 medici + 1 chimist + 2 farmaciști + 2 entomologi			
104.	Merlescu Georgel	1943	1942—1943				
105.	Pandu Gheorghe	1945	1942—1944				
106.	Antonescu Gheorghe	1945	1942—1943				

Nr. crt.	Numele şi prenumele	promoţia	intern	secundar	specialist	primar	Observaţii
107.	Vascan Tamara		1942—1944				
108.	Lupescu Petru		1942—1943				
109.	Popovici Corneliu		1942—1943				
110.	Lupu Ioan-Emilian		1942—1943				
111.	Vrabie-Trofin Maria				1942—1950		N.P.I. Entomolog
112.	Hofn-Negoescu Alexandrina	—			1942—1950		Chimist
					1943 : total angajaţi = 187 din care 19 medici + 2 farmacişti + 1 chimist + 1 entomolog + 1 bacteriolog		
113.	Dimitriu Gheorghe		1943—1944	1943			
114.	Racoviţă-Ballif Eugenia				1943—1946		
115.	Mihailidis Sotir		1943—1944				
116.	Holban Sim. Ruxanda		1943—1944				
117.	Iosipescu Maria		1943—1944				
118.	Iordăchescu-Culev Alexandra		1943—1946				
119.	Naum Lucreţia		1943—1944				
120.	Curpăn Cornelia				1943—1945		Entomolog
121.	Vasiliu-Munteanu Filoтteıa				1943—1950		Entomolog
					1944 : total angajaţi = 119 din care 9 medici + 2 farmacişti + 2 entomologi + 1 chimist + 1 bacteriolog		
122.	Bercovici Copel	1940			1944—1948		Laborator
					1945 : total angajaţi = 171 din care 20 medici + 2 farmacişti + 1 chimist		
123.	Weiselberg Lazăr	1922				1945—1946	
124.	Blumenfeld G. Smil	1939			1945—1949	1949—1979	Conf. N.P.I., Director 1953—1966
125.	Neaga Arcadie	1944	1945—1946				
126.	Bărcănescu Elena		1945—1946				
127.	Ţibuleac Ortansa		1945—1946				
128.	Bărcănescu Neculai			1945—1946			
129.	Rezmeriţă Constantin		1945—1946				
130.	Ioan Ofelia	1947	1945—1946				
131.	Pavenschi Vasile	1947	1945—1946		1959—1960		
132.	Taiachin Vladimir	1948	1945—1946				
133.	Waserman Marcus	1940				1945—1946	Laborator
					1946 : total angajaţi = 160 din care 13 medici + 3 farmacişti + 2 entomologi + 2 bacteriologi		
134.	Petrovanu Constantin	1942		1946—1949			
135.	Berneagă Andrei	1948	1946—1949				
136.	Secu Aristotel	1949	1946—1949				
137.	Dumitraş Gheorghe		1946—1949				
138.	Pridie Gheorghe	1949	1946—1947				
139.	Ballif Rodica				1946—1954		Farmacist
					1947 : total angajaţi = 150 din care 10 medici + 1 farmacist + 1 entomolog		
140.	Păruş Nicolae	1948	1947—1948	1951—1957	1957—1963	1963 prezent	I.M.F. 1949—1951
141.	Pendefunda Gheorghe	1948	1947—1948			1960—1972	Prof. Neuroolgie
142.	Dupa Gheorghe	1949	1947—1949				
143.	Chindun Aurel	1949	1947				
144.	Baltaru Mihail	1950	1947—1949	1951—1953	1957—1972	1972 prezent	I.M.F. 1949—1951
144'	Lincs Maria	1949	1947—1948				
					1948 : total angajaţi = 130 din care 8 medici + 1 farmacist + 1 entomolog		
145.	Moscovici Marcu	1950	1948—1949	1951	1954—1957	1957—1974	
					1949 : total angajaţi = 121 din care 5 medici + 1 farmacist + 1 entomolog		
146.	Casler-Morariu Olga	1949	1949—1950		1950—1972	1972—1979	I.M.F., şef laborator

Nr. crt.	Numele și prenumele	promoția	intern	secundar	specialist	primar	Observații
				1950 : total angajați = 152 din care 7 medici + 1 farmacist			
147.	Urbanovici Vsevolod	1940				1950—1955	Neurochirurgie
148.	Balanovschi Grigore	1949		1950—1957	1957 prezent		
149.	Flis Milu	1949	1950—1954		1954—1961	1962—1971	
150.	Lazăr Georgeta	1949		1950—1953			
151.	Lupovici Maria				1950—1955		Chimist
152.	Niculescu Ecaterina				1950—1952		Chimist
				1951 : total angajați = 159 din care 25 medici + 1 chimist + 1 farmacist			
153.	Oblu Neculai	1940				1951—1972	Prof. Neurochirurgie
154.	Banu Teodor	1946	1951—1952	1955—1959	1959—1972	1972 prezent	Radiologie
155.	Mihail Dorel	1949		1951—1952			Neurochirurgie
156.	Critico Aristotel	1949		1951—1959			
157.	Negrescu Andrei Verona	1950	1951—1952				
158.	Leibovici Max	1950		1951—1954	1971—1974		Lab. anat. pat.
159.	Vieru Alex. Teodor	1951		1951—1976	1957—1976		
160.	Lupovici Maria			1950—1955			(id. 151)
161.	Ilieș Mihai				1951—1955		entomolog
				1952 : total angajați = 178 din care 28 medici + 1 chimist + 1 farmacist			
162.	Buiuc Sergiu	1948		1952—1958			Conf. Oftalmologie
163.	Siminel Gheorghe	1949		1952—1953			
164.	Dănilă Neculai	1950		1952—1955			Lab. anat. pat.
165.	Bulandra Radu	1950		1952—1954			Neurologie
166.	Macarie Eugenia			1952—1953	1957—1958		
167.	Mihail-Hîrtopeanu Frida	1951		1952—1956	1957—1973		N.P.I.
168.	Rusu Mihai	1951		1951—1957	1957—1963	1963—1972	Conf. Neurochirurgie
169.	Stanciu-Costețchi Aurora	1951		1952—1953	1954—1957	1972	Neurochirurgie
				1952—1953			N. Ch. Radiolog
				1953 : Nr. paturi 665 ; total angajați = 225 din care 25 medici + 1 farmacist + 2 chimiști			
170.	Popa Petru	1951		1952—1953			N. Ch. Radiolog
171.	Jacotă Lidia	1946		1953—1954			I.M.F. Endocrinologie
172.	Grăjdieru Grigore	1950		1953—1958			
173.	Braier Rașela	1950		1953—1955			
174.	Schächter Izu	1951		1953—1956	1957—1960		Neurochirurgie
				1954 : Nr. paturi 667 ; total angajați = 210 din care 22 medici + 2 farmaciști + 2 chimiști + 1 entomolog			
175.	Sîrbu Vasile	1953		1954—1960			
176.	Moruzi Petru	1959	1954—1959				
				1955 : Nr. paturi 667 ; total angajați = 217 din care 24 medici + 1 farmacist + 2 chimiști			
177.	Abramovici Jean-Anton	1950		1955—1971			
178.	Bîrzu Mircea			1955—1961			Chimist
				1956 : Nr. paturi 667 ; total angajați = 224 din care 27 medici + 1 farmacist + 2 chimiști			
179.	Finchelstein Eugen	1950	1950—1957				O.R.L.
180.	Pirozynski Tadeusz	1954	1956—1961		1961—1965	1966 prezent	I.M.F. Conf. Psihiatrie
181.	Frențiu Paraschiva				1956—1959		Entomolog
				1957 : Nr. paturi 667 ; total angajați = 218 din care 30 medici + 1 farmacist + 1 chimist + 1 entomolog			
182.	Gheorghiu C. Aurel	1928				1957—1959	Medic laborator
183.	Săndulescu Gheorghe	1951		1956—1961	1962—1972	1972	Neurochirurgie
184.	Calmanaș Iosif	1950		1957—1959			N.P.I.
185.	Suceveanu Gheorghe	1951		1957—1959			
186.	Carasevici Alice	1951		1957—1960	1962—1972	1975 prezent	

Nr. Nr.	Numele și prenumele	promoția	intern	secundar	specialist	primar	Observații
				1958 : Nr. paturi 665 ; total angajați = 220 din care 30 medici + 2 farmaciști + 2 chimiști			
187.	Pintilie Ștefan	1950			1958—1961		Interne
				1959 : Nr. paturi 665 ; total angajați = 269 din care 28 medici + 1 psiholog + 2 chimiști + 1 farmacist			
188.	Pricop Ioan	1954		1959—1960			
189.	Marcu Vasile				1959—1971		
190.	Voicu Traian				1959—1963		
191.	Dobrescu Gioconda	1951					N. Ch. Radiolog
192.	Onofrei Adriana					1959—1962	Prof. Histologie
193.	Burghelea Eugenia				1959—1961		Psiholog
194.	Grădinaru Mihai				1959—1960		Entomolog
					1959—1960		Chimist
				1960 : Nr. paturi 665 ; total angajați = 287 din care 27 medici + 1 entomolog + 1 psiholog + 2 chimiști			
195.	Postelnicu Cicerone	1956		1960—1964	1964—1972	1972 prezent	
196.	Hrimiuc Vasile	1957		1960—1964	1964—1979	1979 prezent	
197.	Covaliu Hava				1954—1957		Entomolog
198.	Sreiner Mariana				1960—1964		Chimist
				1961 : Nr. paturi 820 ; total angajați = 319 din care 27 medici + 1 entomolog + 2 chimiști			
199.	Segal Iancu	1950		1961—1971			Radiologie
200.	Romanescu Constantin	1951			1961—1969	1979 prezent	I.M.F. Conf. Psihologie
201.	Gottlieb Herman	1953			1961—1979	1969 prezent	
202.	Moscu Elena				1961—1970		Radiolog
203.	Leib Solomon			1961—1971			
204.	Ilieș Alexandrina			1961—1970			
205.	Pricop Iuliana				1961—1964		Chimist
				1962 : Nr. paturi 820 ; total angajați = 394 din care 35 medici + 2 chimiști + 1 psiholog + 1 entomolog			
206.	Pollingher H. Beno	1939	1944—1945		1945—1952	1952—1972	I.M.F. Neurologie
207.	Cuțu Gheorghe	1952			1957—1963	1963—1972	I.M.F. Neurologie
208.	Taler Avram	1956		1962—1963	1970—1972		
209.	Pop Augustin	1959		1961—1964	1964—1972		Neurochirurgie
210.	Strul Bianca				1962—1972		Chimist
211.	Iovu Constantin	1946			1962—1966		
				1963 : Nr. paturi 820 ; total angajați = 408 din care 37 medici + 1 psiholog + 1 entomolog + 2 chimiști			
212.	Ștefan Ioan	1949			1963—1968	1968 prezent	Lab. expl. funcț
213.	Petrovanu Ioan	1953		1963—1964	1964—1972		Neurochirurgie
214.	Cozma Neculai	1959			1963—1972		Neurochirurgie
215.	Onofrei Tiberiu	1948			1963—1972		Lab. anat. pat.
				1964 : Nr. paturi 820 ; total angajați = 448 din care 40 medici + 1 psiholog + 1 entomolog + 1 chimist			
216.	Adomnicăi Claudia	1951		1964—1967	1967 prezent		N.P.I.
217.	Gherasimescu Ioan-Claudiu	1953				1964 prezent	Lab. anat. pat.
218.	Zvonaru-Rotaru Georgeta	1958			1964—1979	1979 prezent	I.M.F.
219.	Miulescu Constanța			1964—1965	1965—1970		
220.	Cogan-Offenberg Carola	1960		1964—1966	1967 prezent		
221.	Cuțu Maria	1960		1964—1966	1978 prezent		
222.	Mihăiescu Paul				1964—1967		
223.	Bică Elena				1964—1965		
224.	Obreja Teodor	1960		1964—1969	1969—1972		Neurochirurgie
225.	Dorneanu Ana	1958		1964—1967			Expl. funcț.
226.	Cosmovici Nicolae						Psiholog

Nr. crt.	Numele și prenumele	promoția	intern	secundar	specialist	primar	Observații
1965 : Nr. paturi 870 ; total angajați = 480 din care 56 medici + 2 psihologi + 2 chimiști + 2 entomologi							
227.	Maftei Silvia	1948		1965—1966			
228.	Oprișan Corneliu	1958			1965—1972		Neurologie
229.	Lupu Elisabeta	1960		1965—1971			
230.	Miller Carmen	1960		1965—1968			
231.	Dubovan Liviu		1965—1966				Radiologie
232.	Văleanu Veronica	1969		1965—1966			Neurologie
233.	Antohi Rodica	1960		1965—1966			Neurologie
234.	Aizic Moise	1961		1965—1968			N.P.I.
1966 : Nr. paturi 920 ; total angajați = 514 din care 55 medici + 1 entomolog + 2 psihologi + 1 chimist							
235.	Istrate Argentina			1966—1968	1968—1969		
236.	Gottlieb-Merling Gitta	1959		1966—1970			Neurologie
237.	Balan Gheorghe	1960		1966—1969	1969 prezent		
238.	Oprea Veronica	1960		1966—1969	1969—1975		N.P.I.
239.	Gavril Antoneta	1962		1966—1972			Neurologie
240.	Mozes Carol	1962		1966—1972			Radiologie
241.	Chiriac-Gherasim Georgeta	1962		1966—1969	1969 prezent		
242.	Alexandrescu Ioan				1964 prezent		Psiholog
1967 : Nr. paturi 920 ; total angajați = 497 din care 54 medici + 2 psihologi + 2 chimiști + 1 entomolog							
243.	Mâță Constantin	1950				1967 prezent	Radiolog
244.	Romoșanu Liviu	1955		1967—1969			Neurologie
245.	Nemțeanu Emil	1957			1967—1972		Neurologie
246.	Dudeanu Sofia	1960		1967—1973	1974 prezent		
247.	Șelaru Mihai	1961			1967—1979	1980 prezent	I.M.F.
248.	Halibei Florica	1962		1967—1968	1971 prezent		
249.	Ghiniță Tatiana	1962		1967—1969			Neurologie
250.	Avasilcăi Alexandru	1963		1967—1970			
251.	Talpalaru Riva				1967—1973		Chimist
1968 : Nr. paturi 1 080 ; total angajați = 560 din care 57 medici + 2 psihologi + 1 entomolog + 2 chimiști							
252.	Aldescu Cornel	1961		1965—1968	1968—1972		Neurochirurgie
253.	Opariuc Petru	1961			1968—1972		Neurologie
254.	Costăchescu Gabriela	1962		1966—1969	1969—1972		I.M.F. Neurochirurgie
255.	Săndică Gheorghe	1964		1968—1972			Neurologie
256.	Tetraru Constantin	1965		1967—1970	1970—1972		Neurochirurgie
257.	Grapan Victor	1968		1968—1971			
258.	Moisa Constanța-Olga				1968 prezent		Biolog
259.	Anghel Mircea	1966		1968—1971	1971—1972		Neurochirurgie
1969 : Nr. paturi 1 080 ; total angajați = 553 din care 53 medici + 1 entomolog + 2 psihologi + 2 chimiști + 1 biolog							
260.	Waserman Lazăr	1936				1969—1971	Conf. I.M.F. Anat. Patologică Neurologie
261.	Koropitzer Isac	1950			1969—1971		Neurologie
262.	Merling Max	1950			1969—1971		Neurologie
263.	Cotrutz Cornelia	1960			1969—1974		Lab. anat. patol.
264.	Lupașcu-Cîrlescu Emilia				1969—1974	revenit 1978 prezent	Psiholog
265.	Horovitz Mihaela				1969—1974		Psiholog

Nr. crt.	Numele și prenumele	promoția	intern	secundar	specialist	primar	Observații
				1970 : Nr. paturi 1 080 ; total angajați = din care 55 medici + 2 chimiști + 2 biologi + 4 psihologi			
266.	Dumitrescu Eugenia	1945			1970—1973		Laborator
267.	Baciu Otilia-Eugenia	1946			1970—1979		Lab. oftalmolog.
268.	Boişteanu Călin	1946				1970—1973	Oftalmolog
269.	Hăulică Ioan	1949					I.M.F. Prof. Fiziologie
270.	Şerban Florin	1951			1970—1973	1970—1973	I.M.F. Conf. Biochimie
271.	Costinescu Jana-Rodica	1951			1971—1972	1972	Laborator
272.	Bernescu Elisabeta	1953			1970—1976	1976	Laborator
273.	Picioreanu Aristița	1957			1970		Expl. funct.
274.	Moisiu Dumitru	1968		1970			
275.	Ştefanache Felicia	1962			1965—1972		I.M.F. Neurologie
276.	Hartingher-Dumitriu Claudia	1967			1971 prezent		Stomatolog
277.	Balțatu Maria				1970 prezent		Biolog
				1971 : Nr. paturi 1 080 ; total angajați = 643 din care 63 medici + 2 biologi + 4 chimiști			
278.	Crudu Olga	1962			1971—1972		Neurochir. Laborator
279.	Stătescu Maria	1964		1971—1973			I.M.F.
280.	Robu Constantin	1965		1971—1972			Neurochir.
281.	Boico Marcel	1965		1971—1972			
282.	Aldea Hortensiu	1966		1971—1972			Neurochir.
283.	Lăcătuşu Remus	1967		1971—1972			Neurochir. Terapie intens.
284.	Popa Georgeta	1969		1971—1972			
285.	Seserman Mihai				1971—1976		Psiholog
286.	Verdeş Ana				1971 prezent		Biolog
287.	Gafencu Adriana				1971 prezent		Chimist
				1972 : Nr. paturi 1 070 ; total angajați = 623 din care 49 medici + 3 chimiști + 5 psihologi + 3 biologi			
288.	Pirozynski Miarka-Monna	1954				1972 prezent	I.M.F.
289.	Pop Maria-Alexandrina	1959			1972 prezent		
290.	Stanciu Mihai	1965		1972—1975	1975 prezent		
291.	Stamatin Teodor	1967		1972—1975	1975 prezent		N.P.I.
292.	Spaier Surica				1972—1973		Chimist
				1973 : Nr. paturi 1 320 ; total angajați = 782 din care 40 medici + 6 psihologi + 5 chimiști + 5 biologi			
293.	Bulău C. Constantin	1927			1974—1976		medicină generală
294.	Funiac Alexandru-Iustin	1940			1973 prezent		medicină generală
295.	Carare Neculai	1946				1973—1974	I.M.F. Laborator
296.	Palade Mira	1951				1973 prezent	I.M.F.
297.	Herşcovici Bruno	1961		1973—1974			
298.	Bobulescu Virginia	1955				1973—1976	I.M.F.
299.	Popovici Ana	1973		1973—1976			
300.	Gavril Sofronie			1973—1974			Neurochirurgie
301.	Teodorescu Florin				1973 prezent		Biolog
302.	Dunea Cornelia				1973—1974		Biolog
303.	Ocu Marieta-Florentina				1973 prezent		Biolog
304.	Teofănescu Victoria				1973 prezent		Chimist
305.	Enache Gabriela-Elena				1973 prezent		Chimist

Nr. crt.	Numele şi prenumele	promoţia	intern	secundar	specialist	primar	Observaţii
	1974 : Nr. paturi 1 410 ; total angajaţi = 840 din care 51 medici + 5 chimişti + 1 psiholog + 5 biologi						
306.	Săcăleanu Romeo	1967		1974—1977			
307.	Horopciuc Teodor	1967		1974—1977	1977 prezent		
308.	Gheorghiu Corneliu-Gh.	—		1974			
309.	Steva Florica	1958			1974 prezent		Ing. chimist
310.	Fîntînă Niculina	1974			1974 prezent		Psiholog
311.	Barabolschi Constantin	1969		1975—1978	1978 prezent		N.P.I.
312.	Barcov-Fortună Virginia	1973		1975—1978			
313.	Lupaşcu Ivona	1973		1975			I.M.F.
314.	Gaşpar Mihail				1975—1978		Psiholog
315.	Prodanciuc Valerian				1975—1978		Sociolog
	1976 : Nr. paturi 1 410 + 50 TBC ; total angajaţi = 912 din care 37 medici + 7 psihologi + 5 biologi + 5 chimişti						
316.	Armaşu Constanţa	1959			1967 prezent		N.P.I.
317.	Chiriac Elena-Monica	1968		1967—1977	1977 prezent		
318.	Vasacos Beata Magdalena-Cătălina	1971		1967—1977	1977 prezent		
319.	Boişteanu Petru	1972		1977	1977 prezent		I.M.F.
320.	Nedelcu Joiţa	1973		1979—1979	1979 prezent		N.P.I.
321.	Talău Gheorghe	1973		1979—1979	1979		
322.	Simovici George	1973		1979—1979	1979 prezent		
323.	Horopciuc Olga	1974		1979—1979	1979 prezent		N.P.I.
324.	Balahur-Dobrescu Pavel-Paul				1976—1978		Psiholog
325.	Cosmovici Maria				1976 prezent		Psiholog
	1977 : Nr. paturi 1 410 + 50 TBC ; total angajaţi = 844 din care 57 medici + 5 chimişti + 10 psihologi + 5 biologi						
326.	Meriu Elena	1960			1977 prezent		
327.	Ioil Rodica	1963			1977 prezent		
328.	Ştirbu Dalila-Alexandrina	1967		1977 prezent			
339.	Driga Octavian	1969			1977 prezent		
330.	Stanciu Jeni	1972			1977 prezent		
331.	Borza Constantin	1973					
332.	Nicolau Ileana	1974		1977—1978			
333.	Papuc Firicel Silvia	1975		1977 prezent			
	1978 : Nr. paturi 1 410 + 50 TBC ; total angajaţi = 865 din care 76 medici + 13 chimişti + 5 biologi + 13 psihologi						
334.	Negoiţă Eulalia	1972		1978			
335.	Lăudat Tudor-Mihai	1975		1978	prezent		
	1979 : Nr. paturi 1 410 + 50 TBC ; total angajaţi = 867 din care 76 medici + 14 psihologi + 5 chimişti + 5 biologi						
336.	Paraschiv Viorel				1978 prezent		Psiholog
337.	Călugăru Ilie				1978 prezent		Psiholog
338.	Alexoaie-Conache Lilica				1978 prezent		Psiholog
339.	Gherghe Silvia				1978 prezent		Psiholog
340.	Balahur-Dobrescu Doina				1978 prezent		Psiholog
341.	Popa Lidia				1979 prezent		Psiholog
	1980 : Nr. paturi 1 410 ; total angajaţi = 867 din care 77 medici + 12 psihologi + 5 chimişti + 5 biologi + 2 logopezi						
342.	Chiriţă Vasile	1966			1980 prezent		I.M.F.
343.	Donciu Leon				1980 prezent		Psiholog
344.	Pasternak Sabinela				1980 prezent		Logoped
345.	Hâţu Ileana				1980 prezent		Logoped

ANEXA 2

MEDICII PSIHIATRI EXISTENȚI ÎN MOLDOVA, 1980

JUDEȚUL IAȘI

Specialitatea psihiatrie

Brânzei P. Petru, 63 ani, prof. univ., medic primar gr. 1
Instit. Med. Farmaceutic Iași
Director, Spit. Clin. Psihiatrie „Socola"-Iași
Baltaru T. Mihai, 55 ani, medic primar
Spit. Clin. Psihiatr. „Socola"-Iași
Ballif E. Lucien, 71 ani, medic primar gr. 3
Spit. Clin. Psihiatr. „Socola"-Iași
Balanovschi M. Grigore, 59 ani, medic principal
Spit. Clin. Psihiatr. „Socola"-Iași
Balan M. Gheorghe, 47 ani, medic principal
Spit. Clin. Psihiatr. „Socola"-Iași
Boișteanu C. Petru, 32 ani, asistent I.M.F.
Instit. Med. Farmaceutic Iași
Borza V. Constantin, 33 ani, medic secundar
Secț. Ext. Psihiatr. Răducăneni
Carasievici G. Alice, 56 ani, medic principal
Spit. Clin. Psihiatr. „Socola"-Iași
Chiriac G. Elena Monica, 35 ani, medic principal
Spit. Clin. Psihiatr. „Socola"-Iași
Chiriac Gh. Georgeta, 39 ani, medic principal
Spit. Clin. Psihiatr. „Socola"-Iași
Chiriță C. Vasile, 37 ani, asistent I.M.F.
Instit. Medico-Farmaceutic Iași
Cuțu S. Maria, 46 ani, medic principal
Spit. Clin. Psihiatr. „Socola"-Iași
Driga D. Octavian, 38 ani, medic principal
Spit. Clin. Psihiatrie „Socola"-Iași
Dudeanu I. Sofia, 41 ani, medic principal
Spit. Clin. Psihiatrie „Socola"-Iași
Filip V. Marioara, 40 ani, medic principal
Policlinica Tîrgul Frumos
Fortună V. Virginia, 31 ani, medic principal
Secț. ext. Psihiatrie Pădureni-Grajduri
Funiac Alexandru-Iustin, 67 ani, medic med. generală
Secț. ext. Galata-Iași
Gottlieb I. Herman, 50 ani, medic primar gr. 3
Spit. Clin. Psihiatrie „Socola"-Iași
Gribincea I. Mariana, 33 ani, medic principal
Spital Ergoterapie psihici Șipote
Halibei I. Florica, 52 ani, medic principal
Secț. ext. Psihiatrie Pădureni-Grajduri
Horopciuc N. Olga, 31 ani, medic principal
Spit. Clin. Psihiatrie „Socola"-Iași
Horopciuc I. Teodor, 41 ani, medic principal
Secț. ext. Psihiatrie Pădureni-Grajduri
Hrimiuc C. Vasile, 48 ani, medic primar gr. 3
Spit. clinic psihiatrie „Socola"-Iași
Ioil Rodica, 41 ani, med. pr. ftiziolog
Secț. ext. Psihiatrie Pădureni-Grajduri
Lăudat I. Tudor Mihai, 29 ani, medic secundar
Secț. neuropsih. inf. Galata Iași
Marinescu I. Virginia, 33 ani, medic principal
Spit. clinic psihiatrie „Socola"-Iași
Meriu Elena, 43 ani, medic pr. ftiziol.
Secț. ext. Psihiatrie Pădureni-Grajduri
Mereuță M. Militina, 66 ani, medic pr. gr. 3
Spit. clinic psihiatrie „Socola"-Iași
Negoiță G. Eulalia, 32 ani, medic secundar
Secț. ext. Pădureni-Grajduri
Offenberg F. Carola, 43 ani, medic principal
Spit. clinic psihiatrie „Socola"-Iași
Papuc-Firicel N. Silvia, 29 ani, medic secundar
Secț. ext. Pădureni-Grajduri
Păruș C. Nicolae, 59 ani, med. primar gr. 2
Spit. clinic psihiatrie „Socola"-Iași
Pirozynski P. Iosif Tadeusz, 51 ani, conf. I.M.F.
Instit. Medico-Farmaceutic Iași
Pop C. Maria-Alexandrina, 45 ani, medic principal
Spit. clinic psihiatrie „Socola"-Iași
Postelnicu D. Cicerone, 47 ani, med. primar gr. 3
Spit. clinic psihiatrie „Socola"-Iași
Rotaru-Zvonaru Gh. Florica Georgeta, 44 ani, asistent I.M.F. ; med. primar gr. 3
Instit. Medico-Farmaceutic Iași
Selaru I. Mihai, 49 ani, asist. I.M.F. ; med. pr. gr. 3
Instit. Medico-Farmaceutic Iași
Stanciu N. Mihai, 44 ani, medic principal
Spit. clinic psihiatrie „Socola"-Iași
Știrbu A. Dalila-Alexandra, 36 ani, medic secundar
Spit. clinic psihiatrie „Socola"-Iași
Talău St. Gheorghe, 31 ani, medic principal
Spit. clinic psihiatrie „Socola"-Iași
Vasacos R. Beata Magdalena-Cătălina, 32 ani, med. pr.
Spit. clinic psihiatrie „Socola"-Iași

Specialitatea neuropsihiatrie infantilă

Romanescu Constantin, 54 ani, conferențiar
Instit. Medico-Farmaceutic Iași
Adomnicăi Claudia, 54 ani, medic principal
Spit. clin. Psihiatrie „Socola"-Iași
Armașu G. Constanța, 49 ani, medic principal
Spit. clin. Psihiatrie „Socola"-Iași
Barabolschi A. Constantin, 35 ani, medic principal
Secț. ext. neuropsih. inf. Ciocîrlești
Blumenfeld G. Smil, 65 ani, med. primar gr. 3
Spit. clinic psihiatrie „Socola"-Iași
Nedelcu Joița, 36 ani, med. principal
Spit. clinic psihiatrie „Socola"-Iași
Simovici A. George, 30 ani, med. principal
Spit. clinic psihiatrie „Socola"-Iași
Stamatin T. Toader, 44 ani, med. principal
Spit. clinic psihiatrie „Socola"-Iași

Ciobanu C. Gheorghe, 40 ani, medic principal
Spitalul Municipal Gh. Gheorghiu-Dej

JUDEȚUL BACĂU

Specialitatea : psihiatrie

Dorhoi I. Cristinela, 31 ani, medic secundar
Spitalul Municipal Gh. Gheorghiu-Dej

Dumitrescu O. Alexandru Bogdan, 36 ani, medic pr.
L.S.M. Bacău

Marinescu C. Gabriela, 44 ani, medic principal
Spitalul județean Bacău

Stănescu T. Teodor, 44 ani, medic principal
Spitalul Municipal Gh. Gheorghiu-Dej

Zichil A. Gelu Gheorghe, 48 ani, medic principal
Spitalul județean Bacău

Specialitatea neuropsihiatrie infantilă

Ilie I. Georgeta, 43 ani, medic principal
Spitalul Municipal Gh. Gheorghiu-Dej

Niță I. Georgeta, 36 ani, medic principal
Policlinica Bacău

Popovici I. Florica, 51 ani, medic prim. gr. 3
Policlinica Bacău

JUDEȚUL BOTOȘANI

Specialitatea psihiatrie

Balahura S. Alexie, 39 ani, medic principal
Policlinica Botoșani

Banacovschi S. Elena, 41 ani, medic principal
Spitalul de Psihiatrie Botoșani

Coderanu V. Paul, 33 ani, medic secundar
Policlinica Botoșani

Curelaru V. Evdochina, 37 ani, medic principal
Spitalul de psihiatrie Botoșani

Lungu C. Grațiela, 32 ani, medic secundar
Policlinica Dorohoi

Specialitatea neuropsihiatrie infantilă

Aizic L. Moise, 41 ani, medic principal
Spitalul de Psihiatrie Botoșani

Balanovici L. Vira Natalia, 33 ani, medic principal
Policlinica Botoșani

JUDEȚUL GALAȚI

Specialitatea psihiatrie

Bădilă R. Nicolae, 43 ani, medic principal
Spitalul Municipal nr. 1 Galați

Boboia T. Trandafir, 38 ani, medic principal
Spit. comunal de cr. Psihici Gănești

Călinescu M. Ioan, 36 ani, medic principal
Policlinica C.F.R. Galați

Cotoranu I. Eufrosina, 35 ani, medic principal
Spitalul Municipal nr. 1 Galați

Ganea I. Antoaneta, 31 ani, medic secundar
Policlinica județeană Galați

Mihăescu P. Paul, 42 ani, medic principal gr. 3
Spitalul Municipal nr. 1 Galați

Popa I. Ionel, 31 ani, medic principal
Spitalul Municipal nr. 1 Galați

Specialitatea neuropsihiatrie infantilă

Priboi N. Radu Nicolai, 34 ani, medic principal
L.S.M. Galați

Rusu P. Grigore, 45 ani, medic principal
Spitalul Municipal nr. 1 Galați

Ciglenian I. Rozalia, 31 ani, medic secundar
Spitalul Municipal nr. 1 Galați

Cojocaru I. Maria, 30 ani, medic principal
Spitalul comunal Nicorești

Palade P. Lucica Speranța Mioara, 40 ani, med. pr.
Policlinica Municipală Galați

JUDEȚUL NEAMȚ

Specialitatea psihiatrie

Andrieș I. Cleopatra, 40 ani, medic principal
Policlinica Municipală Roman

Cafrița-Vulpe Gh. Cornelia Maria, 35 ani,
medic principal
Spitalul județean Neamț

Covic C. Marcela, 33 ani, medic principal
Spitalul județean Neamț

Iftimie I. Rodica-Ana, 31 ani, medic principal
Policlinica județeană Neamț

Mancaș Silveanu V. Maria, 31 ani, medic principal
Policlinica județeană Neamț

Pop Negoiță Ioan, 37 ani, medic principal
Spitalul județean Neamț

Pop P. Marian, 30 ani, medic secundar
Policlinica municipală Roman

Specialitatea neuropsihiatrie infantilă

Antohi N. Rodica, 43 ani, medic principal
Policlinica de copii Piatra Neamț

Bordeianu I. Constantin, 40 ani, medic principal
Policlinica Municipală Roman

JUDEȚUL SUCEAVA

Specialitatea psihiatrie

Aldea O. Corneliu Victor, 32 ani, medic secundar
Policlinica Fălticeni

Avasilcăi M. Alexandru, 44 ani, medic primar gr. 3
Policlinica Cîmpulung Mold.

Balint I. Iștvan Atila, 38 ani, medic principal
Căm. Sp. Psih. Costîna

Cîrmaciu Gh. Mariana, 47 ani, medic primar gr. 3
Spitalul județean Suceava

Despina I. Gheorghe, 41 ani, medic principal
Policlinica Suceava

Ilcenco E. Teodora, 41 ani, medic primar gr. 3
Spitalul județean Suceava

Negreanu V. Maria-Rodica, 33 ani, medic secundar
Spitalul județean Suceava

Obadă Z. Iordache, 42 ani, medic principal
Policlinica Rădăuți

Popoveniuc Gh. Ofelia Gheorgheta, 30 ani, med. sec.
Spitalul Siret

Specialitatea neuropsihiatrie infantilă

Maftei N. Silvia, 58 ani, medic principal
Spitalul neuropsihiatrie Siret

Pop V. Traian Victor, 48 ani, medic primar gr. 3
Policlinica Suceava

Tudor C. Costel Adrian, 38 ani, medic principal
Policlinica Rădăuți

JUDEŢUL VASLUI

Specialitatea psihiatrie

Bancos I. Gheorghe, 31 ani, medic secundar
Spitalul Municipal Bîrlad

Gorun Maxim G. Maria, 31 ani, medic principal
Spitalul Municipal Bîrlad

Indrieş R. Ioan, 32 ani, medic secundar
Policlinica Vaslui

Lupu Gh. Elisabeta, 49 ani, medic principal
Spitalul judeţean Vaslui

Miller Gh. Carmen Georgeta, 43 ani, medic principal
Spitalul judeţean Vaslui

Raicu Gh. Maria, 37 ani, medic principal
Spitalul Municipal Bîrlad

Silvestrovici Gh. Gheorghe, 31 ani, medic secundar
Spitalul Municipal Bîrlad

Specialitatea neuropsihiatrie infantilă

Gafton S. Ana, 34 ani, medic principal
Policlinica Vaslui

JUDEŢUL VRANCEA

Specialitatea psihiatrie

Brataşanu C. Cornelia Rodica Anca, 38 ani, med. pr.
Policlinica Focşani

Brataşanu Gh. Ioan, 42 ani, medic principal
Spitalul judeţean Focşani

Bustia T. Elena, 33 ani, medic secundar
Policlinica Focşani

Leca A. Adrian, 36 ani, medic principal
Spitalul judeţean Focşani

Pricop G. Elena, 30 ani, medic secundar
Policlinica Focşani

Specialitatea neuropsihiatrie infantilă

Popescu N. Arecli, 36 ani, medic principal
Policlinica Focşani

Popovici A. Stela, 34 ani, medic secundar
Policlinica Focşani

A PROPOS DE L'APPROCHE FAMILIALE DANS LES PSYCHOSES DE L'ENFANT

S. Lebovici
— *Paris*

Ces quelques notes cliniques se réfèrent essentiellement à mon expérience et ne veulent pas constituer une revue générale de cette question qui eût exigé un immense travail bibliographique. Elles se lient à l'expérience d'un psychanalyste et ne rendent pas compte de l'approche systémique.

Témoignant de l'activité d'un psychanalyste, ces remarques ne visent pas à décrire l'approche familiale comme une application directe de la psychanalyse.

Il me semble nécessaire d'indiquer dès maintenant que je tiens à apposer l'étude du fonctionnement intrapsychologique et celle des relations interpersonnelles et intrafamiliales.

L'application de la psychanalyse à l'étude du fonctionnement mental, à travers la pratique psychanalytique ou la pratique clinique du psychanalyste, conduit à mettre en évidence un double mouvement, une double circulation, celle qui va du dehors vers le dedans et qui définit les mouvements introjectifs et celle qui constitue la réalité psychologique sur la base de mouvements projectifs. On connaît l'importance de ce modèle, soit lorsqu'il s'agit d'étudier le développement de l'enfant, soit lorsqu'il s'agit de comprendre le fonctionnement névrotique qui le sous-tend dans les cas les plus heureux. Au cours de l'examen d'un enfant, ou au cours d'une psychothérapie, la relation avec le psychiatre ou le psychanalyste permet de reconstituer l'histoire des conflits qui s'organisent dans le cadre de la relation clinique ou thérapeutique. Ainsi est construite une histoire en même temps qu'un lien. Ce dernier conduit à l'élaboration d'une relation transférentielle qui peut s'épanouir en une névrose de transfert. Bien entendu, la relation de transfert se construit à partir de l'histoire répétée des relations initiales. Mais elle est aussi le produit de l'histoire qui se déroule, ici et maintenant, avec le psychothérapeute. Une telle perspective permet sans doute de mieux saisir le mouvement et les relations qui s'établissent initialement entre les conflits interpersonnels et les fantasmes qui définissent les conflits interpersonnels. Ainsi peut-on comprendre aussi comment l'interaction et les liens thérapeutiques deviennent transfert, c'est-à-dire situation permettant de reconstruire des conflits intrapersonnels et névrotiques.

Un exemple simple montrera comment peut s'organiser la jonction qui définit cette double aventure : il s'agit d'un enfant de 6 ans, dont la mère est précisément psychotique ; elle est considérée comme dangereuse pour l'enfant, par son mari.

Un psychiatre a eu l'occasion d'examiner cette famille, au moment où ce cas est évoqué. Elle a reçu avec ses deux parents, cet enfant unique. Cependant, le psychothérapeute qui suit ce cas, n'assistait pas à la consultation.

Dans la séance de psychothérapie qui suit, l'enfant est amené par son père, toujours très sensible à son comportement, et très gêné de le voir mal se tenir avec son psychothérapeute. L'enfant entre dans la salle de traitement et dit à ce dernier : «n'as-tu pas, par hasard, oublié quelque chose ?». Il apparaît qu'il voulait faire allusion au fait que son psychothérapeute, retenu dans un encombrement automobile, n'avait pu assister à la réunion familiale dont il a été question.

L'enfant a amené avec lui une boîte de jouets et néglige celle qui lui est habituellement proposée. Il étale «ses» jouets, ceux qu'il a amenés. Il jette subitement et rageusement ceux qui étaient contenus dans la boîte que lui fournit habituellement «son» psychothérapeute.

Admettons qu'on puisse comprendre ce comportement et l'interpréter de la manière suivante : «tu as été absent quand tu devais venir ; tu ne m'apportes pas ce dont j'ai besoin ; eh bien désormais, c'est à l'intérieur de moi que je trouverai les ressources nécessaires, même quand je suis avec toi. Je ne peux pas en effet prendre quelque chose de bon à l'intérieur de toi, je me le fournis donc moi-même et autrement». Je propose qu'en d'autres termes, on puisse considérer ce comportement comme révélateur de la capacité de l'enfant à halluciner la satisfaction de ses besoins et à créer un objet réel à introjecter. Mais en même temps, il s'est passé quelque chose entre les deux protagonistes. L'absence du psychothérapeute est intervenue dans la situation familiale. Or, l'enfant va parler, à la fin de la séance, d'un secret qu'il ne peut pas révéler. Pour différentes raisons, le psychothérapeute lui dira que ce secret est sans doute qu'il a mal au venture. L'enfant confirmera, qu'il s'agit bien de son secret, au moment où le psychothérapeute interviendra à propos de la problématique orale dont il a été question plus haut.L'enfant demande aussitôt à boire.

Il nous paraît remarquable qu'à ce moment, le psychothérapeute réfléchisse à la situation, ressente la déception et la tristesse de l'enfant. Il le conduit jusqu'à un lavabo et lui donne un verre d'eau, après avoir vérifié que l'eau est suffisamment froide pour être bue avec plaisir. L'enfant lui dit à ce moment-là : «tu es bien gentil de me donner de l'eau, mais mon père n'aurait pas fait comme ça ; il n'aurait pas vérifié que l'eau était suffisamment froide»

Il s'agit ici, d'une interaction entre le psychothérapeute et l'enfant, interaction qui est liée aux conditions de vie familiales. Le psychothérapeute pense en effet que cette famille n'est pas adéquate, et il répond, non pas par une interprétation reconstructive que je n'ai fait que proposer, mais par un comportement qui dépend de la relation réelle qu'il a avec l'enfant. Le sentant démuni, il lui donne un verre d'eau et le donne mieux que si ç'avait été le père ; c'est en tous cas ce que l'enfant dit.

A travers cet exemple, concernant un enfant qui n'est pas psychotique, mais qui est le fils d'une mère psychotique, ou voit se conjoindre les deux ordres de phénomènes que je me propose d'étudier : les uns sont de l'ordre de l'établissement d'un phénomène transférentiel et ont une dimension intrapsychique ; ils touchent le problème de l'introjection. Ces phénomènes interviennent dans le comportement de l'enfant à l'égard des deux boîtes de jouets.

Ce comportement est aussi l'expression d'une relation réelle où interviennent la conduite des parents, leurs relations interpersonnelles et leurs relations avec l'enfant. Dans cette deuxième perspective, il faut tenir compte du fait que la mère est psychotique, que le père (et le psychothérapeute) sont inquiets de ce comportement. On ne sait pas ce qui se passerait si la mère accompagnait l'enfant à ces séances de psychothérapie. Le psychothérapeute veut compenser les incertitudes de la situation familiale et donne à boire à l'enfant, mieux que ne le ferait son père, au moins suivant ses déclarations.

Une telle situation définit une organisation névrotique : d'une part, celle-ci se révèle dans le transfert et dans son déroulement. D'autre part, la relation réelle d'un enfant non sécurisé comporte un type particulier de relations avec le psychothérapeute.

Le psychothérapeute décide d'interpréter ou de ne pas interpréter le comportement de l'enfant en terme de fantasmes. Mais il entre en même temps, au moins dans ce cas, dans une certaine interaction avec cette famille. Dans sa relation avec l'enfant se reflètent finalement ses relations personnelles avec les parents. L'interaction entre les membres de la famille et le psychothérapeute a aussi une histoire qui intervient dans le cadre thérapeutique.

Lorsqu'il s'agit au contraire d'un état psychotique, on se trouve dans un système extraordinairement différent, où l'organisation oedipienne n'est qu'apparente, et C. RACAMIER parle à ce propos d'un système antoedipien : il définit ainsi ce qui est avant l'Oedipe, et ce qui est aussi et de l'ordre de l'anti-Oedipe. Cette situation n'est pas tellement définie par les fantasmes oedipiens que par la possibilité incestueuse. Dans de tels cas, les relations entre l'enfant et la mère ne sont pas médiatisées par un père qui protège l'enfant contre la réalité possible de l'inceste. En d'autres termes, la névrose et la psychose de l'enfant peuvent se comprendre à partir de la théorie freudienne qui différencie ces deux organisations. Dans la névrose, les modifications de l'organisation défensive du Moi préservent la continuité de la réalité psychique telle qu' elle se constitue dans le double mouvement introjectif et projectif. Dans la psychose au contraire, le Moi défaillant et poreux n'assure sa survie que par l'altération de la réalité psychique. Dans les cas que nous allons maintenant examiner, l'espace et le temps ne s'organisent pas en des coordonnées stables ; de ce fait, le transfert ne s'épanouit pas dans la névrose de transfert. La réalité historique se décolle de la réalité construite dans la psychothérapie. grâce à l'après-coup dont on connaît l'importance dans l'élaboration des névroses. Dans ces cas, au contraire, l'absence d'histoire est telle que dans chaque cas, les imagos loin de se constituer à propos de la réalité historique qui les a construites, ne font que retrouver et dupliquer la réalité des objets extérieurs. En d'autres termes, l'imago de l'objet n'est pas différente de l'objet de la réalité.

Une telle hypothèse donne un sens tout a fait nouveau à la réunion d'une famille autour d'un enfant psychotique. Pour le comprendre, il est sans doute nécessaire d'admettre que dans une certaine mesure, l'enfant est le porte-parole du malaise familial et qu'à certains égards, les parents jouent un rôle dans l'organisation de la psychose de l'enfant. La conduite d'une réunion de ce genre, sans que le malade soit désigné de façon formelle, modifie radicalement l'approche clinique et conduit à envisager les choses d'une manière tout à fait nouvelle. En effet, dans les conditions habituelles, l'entretien psychiatrique avec les parents et l'enfant conduit ceux-là à désigner toujours leur enfant comme le patient et comme le malade. On dira : «Jean est difficile, Jean ne dort pas, Jean vole, etc.». On ne s'adresse, ce faisant, pas à Jean. Lorsqu'on peut obtenir que les parents parlent à Jean de ce qu'ils auraient envie de dire de Jean, au sujet de Jean, la situation devient tout à fait nouvelle. Les informations circulent et les interactions s'organisent. Il faut constammet se préoccuper d'obtenir une telle amélioration du niveau de la communication.

Dans de telles conditions, les «secrets de famille» ne peuvent pas rester très longtemps «non dits». Le passage au dit et au révélé, constitue, je le crois, un progrès tout à fait remarquable. L'expérience montre en effet, qu'un nombre notable de psychoses de l'enfant s'établit dans les familles à partir d'une confusion ou d'un secret, toujours connu, au moins en partie, mais jamais révélé. Il en est de même lorsqu'il existe, comme cela m'a paru fréquent, une confusion entre la mère et la grand-mère maternelle.

C'est par exemple le cas lorsque sa naissance illégitime est cachée à l'enfant psychotique. Le sujet appellera alors sa grand-mère «maman», bien qu'il voie sa mère et que cette dernière soit considérée comme sa soeur, même dans les cas où elle l'a nourri au sein.

Les troubles de la communication de ce niveau ont été signalés par tous les auteurs qui se sont préoccupés de l'observation naturelle du milieu familial du milieu psychotique (J. HENRY).

Je citerai, par exemple, le cas de cette famille où le père a été soigné dans un hôpital psychiatrique et continue à prendre des médicaments. Sa femme règle tout. Dans cet appartement, il n'existe qu'un fauteuil dans la pièce de séjour. C'est l'objet d'un enjeu entre le père et la mère. On peut évidemment imaginer toutes les difficultés de communication qui peuvent se manifester dans cette famille où seul celui qui a le pouvoir peut s'asseoir sur le fauteuil. On peut se demander aussi comment les enfants réagissent à cette prise de pouvoir qui a un caractère aussi nettement symbolique.

Dans ce type d'approche, je me suis souvent servi de l'étude du choix du prénom du petit malade. Il est parfois porteur d'un destin particulier, et je ne suis le seul à avoir signalé que le prénom d'un parent mort du père ou de la mère lui est souvent donné, avec la condamnation, que cette situation apporte avec elle.

Ce seul fait justifie les propositions de ceux qui, comme moi, pensent que la genèse de la psychose de l'enfant, dans l'étude familiale des divers cas, ne peut-être comprise qu'à partir de l'étude de trois générations. La relation dite psychotique de la mère et de l'enfant implique, en effet, les fantasmes maternels à l'égard de ses voeux incestueux, surtout là encore, lorsqu'ils ne sont pas médiatisés par la relation réelle qu'elle contracte avec son mari, le père de l'enfant.

Dans l'exemple qui suit, la confusion des générations est d'une extrême netteté :

Il s'agit d'un enfant prépsychotique qui m'avait été amené pour son attitude maniérée qui rappelait, aux parents et aux camarades, l'allure caricaturée de l'homosexuel. Les parents se trouvaient en psychothérapie. Au cours d'une séance, la mère vient à l'heure, tandis que son mari est en retard. Je la fais entrer. A peine est-elle assise, qu'elle me demande si elle devait contineur à porter des cheveux longs. Elle s'explique en me disant que son fils aime les femmes qui ont les cheveux longs et qu'elle est préoccupée de tous les inconvénients que comporte la présence de cheveux longs et d'un chignon. Cela demande du temps pour se déméler les cheveux et se coiffer chaque matin, alors qu'elle est toujours en retard et qu'elle doit se presser. Lorsque ses explications sont terminées, le père arrive et s'assied auprès de sa femme pour me poser d'emblée une question : «ma femme peut-elle se couper les cheveux ?» Lorsque je lui demande pourquoi il me pose cette question, il m'explique que son fils aime les femmes qui ont des cheveux longs. Comme on le voit, ni le père ni la mère n'ont situé leur fils dans la génération qui les suit. L'un n'a pas dit : «mon fils m'aime avec les cheveux longs» ou «aime sa mère avec sa queue de cheval». L'autre ne dit pas : «mon fils voudrait que sa mère, ou ma femme, garde les cheveux longs». Il n'y a pas ici d'expression de la différence des générations.

Quelques années après cette consultation, j'ai eu l'occasion de revoir ces parents, dont les relations ne m'ont pas paru avoir changé de façon significative. Ce jeune adolescent avait abandonné sa psychothérapie qui ne lui convenait pas. Les parents ne l'avaient pas poussé à la poursuivre, parce qu'on leur avait parlé d'une maladie de Klinefelter, d'une impuisance probable, et d'une homosexualitaté tout à fait certaine dans le futur.

Lorsqu'ils reviennent pour me demander conseil, la mère est à l'heure, tandis pue son mari est en retard.

Elle m'explique qu'il y a quelques jours, au moment où elle rangeait et classait des papiers, son fils vint à s'en préoccuper et constata qu'elle avait gardé des cahiers à lui annotés de façon favorable. Il demanda à s'en saisir. et au regret de sa mère, allait les jeter, bien qu'elle lui fît remarquer que ces notes favorables fussent assez exceptionnelles, et qu'il eût été sage de les garder. Son fils descend à la cave et un moment après, intervient la concierge de l'immeuble qui se plaint que ce garçon ait tenté de mettre le feu. En fait il ne s'était pas seulement contenté de détruire les cahiers favorablement annotés, mais il avait voulu les brûler, d'où le risque d'incendie.

On pourrait dire que sur le plan du fonctionnement mental, les sentiments de culpabilité de ce garçon étaient tels, qu'il fût obligé de se livrer à un comportement dangereux ; non seulement il eût voulu enlever ces papiers favorablement annotés à sa mère, mais les enlevant, il lui fallait organiser un comportement dangereux et provocateur de punition.

Lorsque cette description fut terminée, le mari, en retard, arriva. Il décrivit son inquiétude et la manière dont il était constamment préoccupé de ce fils, qui décidément tournait mal. Les parents ne se parlaient plus, n'avaient plus d'intimité, et le père avait la tête «complètement remplie» de son fils.

Les choses peuvent être comprises ici comme traduisant l'expression de la culpabilité oedipienne du mari, du père de notre patient, qui a besoin de soucis pour ne pas s'occuper de sa femme et pour ne pas lui donner de satisfactions. Mais la «tête remplie» de ce père, remplie par les méfaits de son fils, exprimait aussi une relation amoureuse avec ce dernier.

Les parents se servent maintenant de leur fils pour éviter de vivre réellement ensemble. Il y a ici résonnance entre les conflits oedipiens des uns et des autres. Dans leurs relations réelles, leurs conflits oedipiens introduisent des comportements qui ne permettent pas l'organisation de relations familiales souples et différenciées.

L'observation suivante concerne un garçon dont la psychose est facilement reconnue. Sa grand mére l'amène avec sa propre fille, qui elle, a le même âge, mais chez laquelle n'existent que quelques troubles discrets du comportement.

L'histoire de cette famille mérite d'être rapportée, de façon aussi simple que possible. La grand-mère du garçon psychotique était mariée avec un homme qui, envoyé en Algérie pour la prospection du pétrole, connut une assez rapide ascension sociale. Elle eut avec lui, pendant cette période, deux enfants. La fille est la mère du petit psychotique. Il en sera question plus loin. Du fils, elle dira, tout à fait en fin de l'entretien, que c'est un mauvais garçon, pourtant le seul homme qu'elle ait vraiment jamais aimé. Ce garçon, très amateur de motocyclette, avait déserté pendant son service militaire. Au cours d'une de ses absences, il se cassa la jambe à la suite d'un accident. Il fut condamné pour désertion après la guérison de sa blessure. La grand-mère du petit psychotique raconta comment elle s'était dévouée pendant son hospitalisation et pendant son séjour en prison pour lui rendre la vie aussi rose que possible.

Toujours est-il qu'en Algérie, cette femme, jeune encore, se mit à tromper son mari. Ce dernier fut mis au courant de cette situation et il chassa sa femme qui rentra en France avec ses deux enfants.

Ceux-ci étaient devenus de grands adolescents et elle vivait avec eux à Paris, et de nombreux amants successifs, d'où de nombreux avortements.

Sa fille eut une grossesse. Lorsqu'elle demanda à sa mère les possibilités de recevoir une aide pour un avortement, celle-ci se lança dans une entreprise moralisatrice et conseilla vivement à sa fille de mener jusqu'au bout cette grossesse. Elle-même était alors enceinte et se trouva condamnée à en faire de même. C'est de ces deux grossesses que naquirent le petit-fils psychotique et la fille présentés le même jour à la consultation. La grand-mère éleva ces deux enfants comme un frère et une soeur. Le garçon ne pouvait pas complèment ignorer sa filiation, puisqu'il avait l'occasion de rencontrer assez souvent sa propre mère qu'il appelait sa soeur ou qu'il désignait par son prénom.

La grand-mère vivait alors avec un jeune ami, beaucoup moins âgé qu'elle, ouvrier-boulanger, qu'elle méprisait. A propos de promenade avec le petit-fils, sa fille et son jeune ami, souvent avec sa fille, la mère du petit psychotique, elle fit la réflexion suivante qui constitue la suite logique de cette observation où l'inceste est doublement évoqué et doublement réalisé. Cette femme s'exprime en effet de la manière suivante : «Quand je sors avec ma fille et mon ami, je me demande ce que les gens peuvent penser ? Eh bien ils pourraient dire que ma fille devrait être mariée avec mon ami. Ils pourraient également dire que mon petit-fils devrait être le fils de ma fille et de mon ami“. Ainsi est proposé un double inceste : elle marie sa fille à son ami, et elle leur propose comme enfant le garçon psychotique qui devient le fils de la fille et du compagnon de la grand-mère. Mais la conclusion est révélatrice du sens de la psychose de l'enfant : «heureusement que mon petit-fils ne comprend rien et qu'il est malade, car sans cela, il saurait déjà ce que je suis en train de vous dire». Cette méconnaissance offerte à l'enfant est un des noeuds de l'approche familiale de cette psychose.

Cette dernière observation a montré qu'une double réalisation incestueuse, qui n'est qu'une proposition, est commune aux enfants psychotiques, chez lesquels la collusion entre les trois générations s'affirme dans la réalité des relations interfamiliales.

Je voudrais encore montrer à travers deux courtes observations, comment ces organisations retentissent non seulement sur l'enfant porteur de la pathologie psychotique, mais sur ses soignants.

Roger Misès, dans une publication inédite, avait en effet montré qu'on pouvait utiliser les réactions des soignants dans l'établissement psychiatrique. Dans le cas qu'il exposait, il s'agissait d'une mère phobique qui avait une conduite très particulière vis-à-vis d'un enfant qui ne pouvait manger que la nourriture qu'elle lui préparait, éventualité assez fréquente, comme on le sait. Dans ce cas, l'intitution a permis peu à peu à la mère d'exprimer à la fois son dégoût pour la conduite alimentaire de son enfant, mais de réaliser aussi une réparation vis-à-vis des agressions constantes que les deux protagonistes s'infligeaient mutuellement.

L'évocation de ce cas montre le retentissement sur l'équipe du comportement des enfants psychotiques. Tel cas d'une phobie scolaire grave qui limite les progrès du dernier enfant d'une famille maghrébine de six. Les cinq aînés ont d'ailleurs des phobies tout à fait caractéristiques, mais le dernier garçon présente une phobie scolaire qui persiste depuis plus de dix ans et qu'il a peu à peu orienté vers un comportement d'allure psychopathique, sous-tendu je le crois, par une désorganisation psychotique.

La scène se passe à l'hôpital de jour où l'enfant a été accueilli. La famille, d'origine juive, est réunie pour une consultation familiale de 7 à 8 persoannes qui a lieu quelques mois après le décès du père. La mère arrive avec toute sa progéniture qui comprend des adultes et le dernier garçon, qui a 7 ans. Le fils aîné porte un chapeau. Pendant la consultation, l'enfant atteint de phobie scolaire arrache le chapeau de son frère et le met sur sa tête. La mère est scandalisée et se tourne vers moi. Elle me dit : «Savez-vous quel chapeau, il se met sur la tête ?» Je réponds : «le chapeau de son père». L'enfant prend à ce moment le chapeau qu'il avait sur la tête et le colle tout cabossé sur celle de sa mère : «Voilà la tigresse avec son chapeau». Il signifie par là que la mère a pris la place du père, mais aussi qu'elle a tué ce dernier. Tigresse, elle est accusée d'être responsable de tous les mouvements de mort qui s'organisent dans cette famille.

L'émotion de ceux qui assistaient à cette scène fut tout à fait parlante et implique bien que la mère se situe dans le cadre de vie fantasmatique de tous ceux qui assistèrent à cette scène.

Les choses ont encore plus de retentissement dans le cas d'un enfant psychotique, présentant un symptôme phobique d'avalement : il ne mâche pas les aliments et les rumine pendant de longues heures. Comportement tout à fait gênant évidemment dans l'institution.

Je suis chargé d'examiner sa mère, au cours d'une évaluation de ce cas. Celle-ci est accompagnée de sa fille cadette, qu'elle ne veut pas quitter, parce qu'elle a peur qu'elle ne tombe dans les WC. C'est une femme d'origine portugaise qui raconte son histoire que je vais brièvement résumer.

Au Portugal, elle a vécu de façon tout à fait fermée auprès de sa famille. «Son père la tenait et ne l'a pas laissée tomber». Par «tomber», elle veut signifier que son père l'a éduquée de façon stricte, et ne l'a pas laissée fréquenter les bals. Elle a connu dans son village un garçon qui en était originaire, mais qui avait déjà émigré à Paris. Elle s'est mariée avec lui et est venue s'installer auprès de lui. Etre à Paris, c'est une véritable chute. Paris est pollué. Elle a égalment un beau-frère qui est «tombé» dans la maladie mentale. Son fils, suivi à l'hôpital de jour, est également «tombé» dans l'escalier par faute de surveillance ; de même ne veut-elle pas se séparer de sa fille, parce que les WC sont dangereux à l'école. De ce fait, la petite fille est constipé et elle ne peut pas l'envoyer à l'école maternelle comme elle le souhaiterait.

L'enfant, suivi à l'hôpital de jour, avait fait un dessin qui évoquait sa phobie de la mastication : c'est une piscine dans laquelle tombe une voiture en flamme, qui donne à son comportement le sens de la peur et l'agression orale.

Lorsque notre entretien est terminé, je cherche la petite fille et je m'aperçois qu'elle a réellement couru un danger. Elle a voulu en effet emprunter une porte de secours qui donne sur un escalier tout à fait abrupt et sans protection. Elle a couru par là un danger qu'aucun enfant n'avait jusque-là affronté en répondant ainsi à la crainte de la mère.

Dans ce tableau, le mot «tomber» est l'objet d'une accumulation de significations qui semble avoir cours dans cette famille. Le processus de «primatisation» auquel est soumis ce mot, dans les représentations de la mère, inplique bien qu'elle conduit ses enfants à lui donner le même sens : chute morale, chute dans l'escalier, chute dans la bouche, etc.

Je reverrai quelques mois après cet enfant, et je suis encore chargé de l'évaluation de son cas. L'examen a lieu au magnétoscope et je suis appelé d'urgence au téléphone. A mon retour, l'enfant est un peu anxieux, sans plus. Au cours de la discussion qui suit cet entretien, de nombreux membres de l'équipe de l'hôpital de jour, en particulier les deux éducatrices qui s'occupent de cet enfant, me reprochent d'avoir laissé cet enfant seul, de l'avoir laissé «tomber», de l'avoir mis dans une situation intolérable. J'apprends qu'il s'est adressé à elles par l'intermédiaire de la caméra en disant : «c'est terrible d'être comme ça !».

Devant l'inquiétude des éducatrices liée à cet abandon que j'aurais infligé à cet enfant, abandon métaphorisé par l'image de «laisser tomber», je propose que nous explorions plus avant la situation en une occasion ultérieure. Je donne rendez-vous dans l'institution aux deux éducatrices et à l'éducateur, un instituteur qui s'occupe également de cet enfant. Lorsque j'arrive au rendez-vous, je ne trouve à ma grande surprise, que les deux éducatrices. Celles-ci m'expliquent que le rendez-vous ayant eu lieu le mercredi, jour de repos des intituteurs, elles n'avaient pas à entraver les lois syndicales pour un rendez-vous de ce type. Après une courte discussion, elle me reprochent à nouveau d'avoir laissé cet enfant seul, et je propose de jouer une scène où a lieu une attente dans une pièce. Dans la réalisation dramatique de ce projet, il se passe ce qu'on pouvait attendre : celui qui attend, se trouve dans une situation embarrassante ; il est à la fois curieux et inquiet, curieux parce que cette attente donne l'occasion de faire connaissance avec la pièce où vit celui qui vous a donné rendez-vous. A la rigueur, on peut se lever, voir ses livres, jeter un coup d'oeil sur les papiers qui jonchent son bureau. Mais en même temps, on a peur qu'il n'entre brusquement et qu'on soit surpris dans des attitudes indiscrètes. Le personnage qu'on attend est évidemment un supérieur ou quelqu'un qui fait mal : un dentiste par exemple. Que se passerait-il si le dentiste était appelé au téléphone et vous laissait la bouche ouverte. On tombe ainsi sur la situation phobogène la plus typique, celle de l'abandon et celle de la bouche ouverte qui ne doit pas mâcher. C'est donc une véritable contamination qui a conduit l'équipe à être infiltrée par des fantasmes qui règnent autour de la mère. D'où l'identification de l'équipe à la phobie du fils et aux craintes de la mère.

Ces exemples permettent de se faire une idée sur une pratique particulière qui est la mienne, de l'approche familiale pour la compréhension de l'organisation des psychoses de l'enfant et un éventuel abord thérapeutique. Les faits que ces cas ont mis en évidnece témoignent d'une interaction très particulière à l'intérieur de la famille. Celle-ci implique l'organisation des fantasmes de l'enfant directement liés à une traduction qui s'exprime dans la spécificité des relations interpersonnelles des divers membres de la famille.

On a vu que cette interaction s'exprime sur le plan de la réalité et des fantasmes des parents de l'enfant, et conduit ces derniers à offrir une image de la réalité pour l'expression des fantasmes de l'enfant psychotique .Une telle approche permet d'abord de reconstituer une séquence événementielle qui donne un certain sens à la psychose et qui nous mobilise dans le cadre d'un système désormais riche en pssibilités de dégagement, d'abord pour la famille, mais aussi pour celui ou ceux qui s'occupent de la psychose.

Deux possibilités s'offrent alors. Dans le meilleur des cas, le ou les spécialistes intervenant auprès de l'enfant et de sa famille se sentent mobilisés, éveillés, actifs, capables de modifier leur contreattitude habituelle. Ailleurs, l'interaction reste stérilisante, car l'enfant trouve aussi bien dans ses parents que dans ses thérapeutes l'image même de ses fantasmes.

C'est peut-être à partir de considérations de ce genre qu'on pourrait tenter de comprendre en quoi les psychanalystes et les partisans du système familial observent des faits analogues, même s'ils ne les traitent pas de la même façon. Ce qui ne prend pas sens dans le temps ou dans l'espace nous invite en tous cas à nous demander comment modifier l'interminabilité du transfert psychotique. Cela est peut-être possible dans une certaine mesure par l'écoute du sens intrafamilial de l'organisation du fonctionnement mental.

DATE ANAMNESTICE ȘI CLINICO-EPIDEMIOLOGICE ASUPRA UNUI GRUP DE 100 NOI INTERNAȚI ÎN SERVICIUL NEUROPSIHIATRIE INFANTILĂ A SPITALULUI SOCOLA IAȘI

S. Blumenfeld, G. Simovici, T. Stamatin, C. Barabolschi
— Iași

În cele ce urmează încercăm prezentarea unor date, care rezultă din analiza aspectelor anamnestice și clinico-epidemiologice a primei sute de copii internați în serviciul de neuropsihiatrie infantilă începînd cu 1 ianuarie 1980.

Nici un caz nu a fost exclus din eșantionul stabilit, colectarea datelor făcîndu-se, cu ajutorul unor formulare special concepute în acest scop, atît la internare cît și cu prilejul convorbirilor ulterioare avute cu copiii, sau familiile acestora. În timpul necesar pentru internarea celor 100 cazuri în spital s-au internat 1757 pacienți (rezultă de aici că deși serviciul de copii reprezintă, ca număr de paturi, mai puțin de 7% din capacitatea spitalului, internările reprezintă peste 17% din total).

Din punct de vedere al adresabilității 61 copii provin din mediul urban, iar 39 din rural. O ușoară predominență o are sexul feminin (fapt care nu se întîmplă de obicei), dar aceasta se datorează și faptului că sectorul de băieți a fost în carantină pentru varicelă. 65 pacienți provin din aria propriu-zisă de captare a spitalului reprezentată de județul Iași, restul din alte județe ale țării. În privința internărilor din județul Iași există un raport de aproape 2/1 în favoarea celor din mediul urban (42/23), în timp ce pentru cei din alte județe proporția e sensibil mai mică (20/15).

Trimiterea către spital s-a făcut în majoritatea cazurilor de către cabinetele de specialitate din policlinicile teritoriale (42), în 24 cazuri de către dispensarele comunale sau școlare, 11 au venit la trimiterea altor unități (spitalul de copii, centrul de logopedie, etc), iar 12 au fost rechemați pentru control. De subliniat că în 11 cazuri copiii au fost aduși direct de părinți fără a se mai interpune între spital și pacient vreo altă verigă intermediară.

În ce privește vîrsta pacienților, repartiția este următoarea :

0 — 1 an	1 caz
1 — 2 ani	1 caz
3 — 6 ani	12 cazuri
7 — 10 ani	24 cazuri
11 — 15 ani	43 cazuri
16 — 19 ani	19 cazuri

Din totalul cazurilor noastre 85 provin din familii organizate, iar restul din familii dezorganizate, fie prin decesul unuia din parteneri, fie prin despărțirea lor. Mult mai mare apare procentul familiilor dezorganizate din mediul urban (18%), față de 11,4% în mediul rural. În timp ce în 7 familii dezorganizate copilul stă cu mama, numai într-un singur caz el este crescut de tată. Și în cazul părinților recăsătoriți, copii sînt crescuți în proporție mult mai mare de mamă decît de tată (4—1), absența tatălui fiind, în opinia noastră, o sursă importantă de perturbări ale vieții psihice a copilului.

24 din copiii care au fost internați în serviciul nostru sînt copii unici, în rest ei provenind din familii cu mai mulți copii după cum urmează :

— 25 din familii cu 2 copii
— 20 din familii cu 3 copii
— 19 din familii cu 4—5 copii
— 10 din familii cu peste 6 copii

Din familiile cu mai mulți copii, în 30 cazuri este adus pentru internare copilul cel mai mare, iar în 24 cazuri cel mai mic.

Copilul este însoțit la internare în 64% din situații de către mamă, în 14% de tată, în 15% au venit ambii părinți, iar în rest au venit fie însoțiți de rude, fie singuri, ori aduși de cadrele școlilor unde erau instruiți. De remarcat, că uneori și în cazul familiilor dezorganizate, părinții s-au reîntîlnit pentru a solicita sprijinul medical în situații deosebite.

Tabloul afecțiunilor diagnosticate la acest lot de copii arată astfel :

— Comițialitatea (inclusiv observațiile) 29 cazuri ; Tulburările de comportament 24 cazuri ; Fenomenele nevrotice 23 cazuri ; Enurezisul primar 5 cazuri ; Oligofrenii (de diferite grade) 4 cazuri ; Encefalopatii cronice infantile 5 cazuri ; Sechele postencefalitice 1 caz ; Schizofrenie 2 cazuri ; Alte tulburări neurologice (coree, pareze) 7 cazuri ; Fără tulburări psihice 1 caz.

Se observă că, după comițialitate, urmează în ordinea frecvenței tulburările de comportament și fenomenele nevrotice, situație complet schimbată față de ceea ce se întîmplă în urmă cu nu foarte mulți ani.

Studierea distanței dintre debutul fenomenologiei neuropsihice și momentul internării arată că, în cazul epilepsiei internarea este solicitată, de obicei, la peste 6 luni de la debutul fenomenelor (73%), aceasta datorîndu-se fie neglijării în prima fază a simptomatologiei, fie faptului că s-a încercat tratarea în ambulator. O situație aproape similară o înregistrăm și la tulburările de comportament (75% după un debut aproximat la 6 luni), lucru explicabil credem prin gradul mai mare de toleranță a familiilor, pentru că în jumătate din cazurile cuprinse în acest procent internarea este solicitată la peste 3 ani de la apariția manifestărilor malconduitale. În cazul nevrozelor și tulburărilor reactive internarea a survenit în peste 50% din cazuri în primele 6 luni de la începerea fenomenologiei.

În fine, ne-am permis urmărirea concordanței diagnostice aceasta fiind studiată pe 3 planuri, astfel : concordanța dg. trimitere — dg. internare (88%) ; concordanța dg. trimitere — dg. externare (70%) ; concordanța dg. internare — dg. externare (81%).

După cum se vede, există o discrepanță destul de importantă între diagnosticul de trimitere și cel de la externare, fiind destule cazurile cînd un diagnostic de „schizofrenie" la trimitere s-a văzut răsturnat într-unul de sindrom nevrotic, sau chiar de comițialitate. Dar, într-o altă lucrare pe care o prezentăm am putut vedea discordanțe de același gen pe care le suferă diagnosticele puse de noi la vîrsta copilăriei, față de cele primite de aceleași cazuri în contextul devenirii spre vîrsta adultului. Ne putem explica această neconcordanță prin aceea că trimiterea pentru internare se face uneori de cadre care nu sînt de specialitate, iar pe de altă parte există și tendința de a îngroșa diagnosticul pentru forțarea internării.

STRUCTURA DE DIAGNOSTIC A PSIHOZELOR INTERNATE ÎN SECȚIA DE NEUROPSIHIATRIE INFANTILĂ CLUJ-NAPOCA PE ULTIMII 10 ANI

V. Ghiran, Ileana Benga, Sempronia Filipoiu, O. Pavel, D. Muschevici, Mariana Oniga, Ianko Iolan

— Cluj-Napoca

Lucrarea completează literatura de specialitate din țara noastră, prin locul pe care-l ocupă psihozele infantile în patologia generală neuropsihică, structura clinică, precum și modalitățile evolutive în apreciere catamnestică după o perioadă de 1—10 ani, avînd în vedere dificultatea majoră de stabilire a acestui diagnostic în vîrsta copilăriei.

Patologia psihiatrică, are nevoie de urmărire longitudinală, privirea într-o unică secvență transversală, nereușind să acopere de cele mai multe ori realitatea clinică.

Scopul cercetării noastre este de a evalua morbiditatea specifică de tipul psihozelor infantile în contextul morbidității generale neuropsihice, precum și evaluarea ei în contextul diferitelor cadre nosologice pe care le conține.

MATERIAL ȘI METODĂ

Lucrarea este un studiu statistic retrospectic, cuprinzînd analiza cazurilor de psihoze infantile internate în Clinica de Neuropsihiatrie pe o perioadă de zece ani, adică de la înființarea secției noastre, perioadă cuprinsă între anii 1969—1979. Obiectul de studiu l-a constituit un număr de 223 cazuri, la care li s-a stabilit diagnosticul de psihoză infantilă. Aceste cazuri au fost raportate la numărul total de internări în ultimii patru ani, 1975—1979, precum și la diferite alte entități morbide în funcție de frecvența acestora. Pentru a cunoaște evoluția longitudinală a copiilor care au avut diagnostic de psihoză, am solicitat pentru reexaminare acești copii, fie prin examenul clinic efectuat, fie prin analiza unor chestionare care aduceau date privind evoluția bolii, număr de internări, tratamente, statusul actual și readaptarea socială. Analiza cazurilor s-a făcut în spiritul conceptului școlii noastre în domeniul patologiei psihotice în vîrsta copilăriei, înglobînd sub termenul de psihoze toate tulburările psihice de intensitate psihotică.

REZULTATE ȘI DISCUȚII

În urma analizei detaliate a cazurilor care au fost etichetate ca psihoze infantile, din cazuistica clinicii noastre în ultimii zece ani, s-a ajuns la concluzia că acest diagnostic a fost stabilit la un număr de 223 copii, această patologie fiind deci o realitate deloc neglijabilă, avînd în vedere prognosticul grav în general pe care-l incumbă.

Pentru a avea o orientare mai largă asupra locului pe care psihozele copilului îl ocupă în patologia generală neuropsihică, am făcut o analiză statistică a întregii patologii neuropsihice internate în Clinica Neuropsihiatrie pe o perioadă de patru ani, adică 1975—1979. Numărul total de copii a fost 3 789. Numărul copiilor etichetați ca psihotici a fost 113 (3%). Raportarea acestei patologii la restul entităților morbide, evidențiază faptul că pe primul loc, un procent de 36% se găsesc cazurile la care s-a stabilit diagnosticul de encefalopatie infantilă sechelară. Acestea sînt urmate de nevrozele infantile — 14,2%, epilepsie — 13,5%, tulburări de comportament și paraliziile periferice — 10,5%. Încercarea de a raporta patologia psihotică la restul morbidității specifice psihiatrice în această perioadă de patru ani, evidențiază faptul că acestea se găsesc pe locul trei ca frecvență, reprezentînd 8% după nevrozele infantile — 49% și tulburări de comportament 40%.

Analiza pe ani a numărului de psihoze internate arată existența acestor cazuri în fiecare an. Un vîrf al numărului de internări au fost în anul 1971, fără să putem găsi o motivație a acestei situații.

Studiul vîrstei copiilor psihotici, demonstrează preponderența psihozelor în perioadele de vîrstă de maximă vulnerabilitate, şi anume perioada pubertară şi vîrsta de 3—4 ani.

In privinţa structurii de diagnostic al celor 223 cazuri de psihoze internate, s-au depistat predominenţa cazurilor în care s-a stabilit diagnosticul de schizofrenie, acest lucru fiind posibil în 88 cazuri. Vîrsta copiilor la care s-a stabilit acest diagnostic este cuprinsă între 14—17 ani, cu un vîrf ce corespunde vîrstei de 15 ani. La 10 copii diagnosticul de psihoză disociativă a fost stabilit între 6—12 ani. În continuare ca frecvenţă urmează autismul infantil precoce Kanner (26 cazuri) — ca psihoza copilului mic cu debut la 3 ani sau sub această vîrstă. În 25 cazuri psihoza diagnosticată a fost reactivă, determinată de factori psihogeni, realizînd tablouri de ordin reactiv subacut. La 20 cazuri tabloul psihotic diagnosticat nu a putut fi diferenţiat fiind cazuri marginale de limită cu alte cadre nozologice. La un număr de 19 copii tabloul psihotic a apărut secundar, exogen, determinat de factori toxiinfecţioşi, traumatici.

Psihozele afective atît de discutate în vîrsta copilăriei au fost găsite la un număr de 22 copii, 9 dintre ei realizînd tablouri bipolare de psihoză maniaco-depresivă iar 13 tablou depresiv. La alte 8 cazuri s-au găsit reacţii acute de şoc sau subşoc iar 3 cazuri au prezentat anorexii mentale.

Analiza formelor clinice de schizofrenie la cele 40 de cazuri la care acest lucru a fost posibil a evidenţiat predominanţa tablourilor cu elemente paranoide în 14 cazuri, hebefrenia 9 cazuri, catatonia 4 cazuri, iar forma hebefreno-catatonică 5 cazuri. Schizofrenia cu evoluţie simplă a fost prezentată în 3 cazuri, cu predominenţa tulburărilor de comportament iar schizofrenia grefată pe oligofrenie 3 cazuri.

În cazul psihozelor secundare determinate exogen s-au depistat 9 cazuri cu origine infecţioasă, în contextul unor procese virale, gripale, 6 au avut determinism toxic iar în 4 cazuri tabloul psihotic a fost declanşat prin traumatisme craniocerebrale.

Tablourile psihice de intensitate psihotică apărute în contextul unor traume psihice realizînd reacţii acute de şoc şi subşoc au fost prezente la 8 cazuri.

Reacţiile psihogene subacute, au îmbrăcat forme variate de manifestare, predominînd formele depresive (11 cazuri), urmate apoi de tablourile confuzo-onirice (8 cazuri), formele pseudo catatonice şi histerice fiind prezente într-o proporţie mai mică.

Studiul catamnestic care cuprinde o perioadă de 1—10 ani a fost posibil pînă în prezent doar la 98 cazuri care au răspuns solicitărilor noastre. Aproximativ 50% dintre cazurile studiate catamnestic timpul de apreciere ai evoluţiei depăşeşte 5 ani. Analiza acestor cazuri a evidenţiat confirmarea diagnosticului de schizofrenie stabilit iniţial, la 47 din cazurile reanalizate. Diagnosticul de schizofrenie neconfirmat pînă în prezent apare la 17 cazuri. Trebuie menţionat în acest sens faptul că în general fetele au realizat mai frecvent tablouri clinice schizoforme care au ridicat această suspiciune la o primă internare care însă nu s-a confirmat pe parcursul evoluţiei bolii. Diagnosticul de schizofrenie neconfirmat s-a găsit la 5 băieţi şi 12 fete. Lipsa evolutivităţii cronice în sens disociativ ridică sigur în discuţie corectitudinea stabilirii diagnosticului iniţial. Avem în vedere însă şi faptul că aprecierea evoluţiei bune vine din partea familiei unde factorul subiectiv este foarte mare. Studiul longitudinal al cazurilor noastre evidenţiază evoluţia gravă a formelor de schizofrenie cu debut în copilărie. Un număr de 26 din bolnavii revăzuţi, nu au reuşit să-şi continue studiile, sînt neîncadraţi în muncă, fiind menţinuţi în mijlocul familiei, unii pensionaţi. Există însă în grupul nostru 3 copii, 2 de 11 şi de 8 ani, cu episoade schizoforme care în apreciere longitudinală de 10 ani au o evoluţie foarte bună.

Psihoza maniaco depresivă cu evoluţie bipolară a fost confirmată în 8 din cele 9 cazuri diagnosticate. Remarcăm evoluţia „malignă" a psihozelor afective cu debut în vîrsta copilăriei, prin frecvenţa puseelor, remisiunile scurte, dificultăţi în stabilirea echilibrului chimic.

Depresia psihotică ca unică formă de manifestare, întîlnită în grupul nostru de copii, fără o etiologie decelabilă, a constituit un episod unic în majoritatea cazurilor fără să existe indicii, pînă în prezent, asupra caracteristicilor evolutive a cazurilor respective.

Tablourile clinice acute, polimorfe, analizate cu etiologie psihogenă, infecţioasă sau toxică, au avut evoluţia generală a acestor entităţi clinice, fără să remarcăm (decît într-un singur caz în care determinismul psihogen iniţial s-a transformat în procesiune schizofrenică) în evoluţia ulterioară a cazurilor, existenţa unei boli psihice cronice, rămînînd doar ca structuri psihice particulare cu vulnerabilitate crescută la influenţa diferiţilor factori exogeni.

Concluzii : 1. Psihozele infantile sînt o realitate clinică bine reprezentată în contextul patologiei specifice neuropsihice şi mai ales în raport cu alte afecţiuni psihiatrice.

2. Între diferitele forme de psihoze întîlnite în vîrsta copilăriei, studiul nostru stabileşte ca cele mai frecvente, schizofrenia şi autismul infantil. Urmărirea în timp a cazurilor diagnosticate şi tratate de noi, confirmă într-un procentaj de 53% diagnosticul iniţial, iar în 19% evoluţia ulterioară nu atestă caracterul procesiv al cazurilor.

3. Psihoza maniaco depresivă în forma bine conturată de psihoză bipolară, a fost prezentă la copilul puber, dar într-o proporţie mult mai mică.

4. Psihozele exogene, precum şi reacţiile psihogene acute şi subacute, tablouri clinice variate, sînt prezente şi bine reprezentate în patologia psihotică a copilului, iar evoluţia în timp a acestor cazuri este foarte bună.

The present paper comes to fill a gap in the literature of this speciality in our country, that of the knowledge of the place occupied by infantile psychoses in the general neuro-psychic pathology.

Within the context of the paper estimations are made concerning the clinical structure of these psychoses in children, the evolution mode of the main clinical entities appreciated by catamnestic study after a period from 1 year to 10 years from the onset of the desease.

The analysis of the cases was made in the light of the conception of our school in the field of psychotic pathology at the child age, including in the term of psychosis all the psychic troubles of psychotic intensity.

AUTISMUL INFANTIL ÎN CAZUISTICA SERVICIULUI CLINIC DE NEURO-PSIHIATRIE INFANTILĂ AL SPITALULUI DR. GH. MARINESCU BUCUREŞTI, PERIOADA 1975—1979

V. Predescu, Margareta Ştefan, Şt. Milea, Sanda Măgureanu, C. Oancea
— Bucureşti

Ne-am propus să urmărim copilul autist pe cazuistica serviciului nostru în perioada 1975—1979, din perspectiva cîtorva aspecte: 1. Care a fost ponderea acestei categorii clinice în cazuistica de staţionar a ultimilor 5 ani; 2. Terminologia folosită în formularea diagnosticului; 3. Încadrări nozologice sugerate, posibilii factori etiologici rezultînd din datele anamnestice.

Material clinic:

Din totalul de 10 601 bolnavi externaţi în perioada 1975—1979 am reţinut un număr de *119 cazuri*, şi anume, bolnavii cu Dg. „Autism infantil“ sau „Autism infantil Kanner“ la care am adăugat şi acele cazuri la care autismul apărea în contextul unei formulări mai largi, de pildă „Sindrom autist pe fond encefalopat“, „Oligofrenie cu note autiste“ sau „Întîrziere în dezvoltarea psihică cu note autiste“. Vîrsta bolnavilor între 1 şi 15 ani.

Rezultate:

1. Incidenţa cazurilor de autism infantil a fost de 1,12%, cu o adresabilitate în medie de 24 cazuri anual. Ca provenienţă teritorială, din cele 119 cazuri 31 bolnavi aparţineau Munic. Bucureşti, ceilalţi 88 bolnavi proveneau din celelalte judeţe ale ţării.

2. Formula de diagnostic, destul de variată altfel, ne-a impus regruparea cazuisticei pe cîteva categorii mai largi pe care le-am seriat după cum urmează:

I. — „Autism infantil“ sau „Autism infantil Kanner“, *44 cazuri*, posibil cele mai aproape de autismul infantil „primar“ sau „autentic“ sau „pur“.

II. — „Sindrom autist pe fond encefalopat“, (sau „pe fond organic“, sau „pe fond sechelar“), *17 cazuri.*

III. — „Sindrom autist pe fond de deficit psihic“ („de deficit mintal“, „pe fond oligofren)“, *3 cazuri.*

Este posibil ca tablourile clinice ale bolnavilor din categoria II şi III să fie mai apropiată de accepţiunea acordată în literatura de specialitate autismului „simptomatic“.

IV. — „Întîrziere în dezvoltarea psihică cu autism“, „cu note autiste“, „cu note particulare“, „cu elemente atipice“, etc., *17 cazuri*, în general copii de vîrstă mai mică.

V. — „Encefalopatie infantilă cu note sau cu elemente autiste“, *13 cazuri.*

VI. — „Oligofrenie, de obicei gr. II, cu elemente autiste“, sau „cu discontact“, „cu note particulare“, sau „atipice“, *17 cazuri.*

VII. — „Sindrom demenţial cu note autiste“, *3 cazuri.*

VIII. — Alte cazuri izolate în care elementele autiste apar în context nevrotic-caracterial, sau de dezvoltare intelectuală liminar-inegală, *5 cazuri.*

Cazurile din ultimile 4 categorii par să fie mai aproape de autismul „parţial“ sau „frust“, evident tot simptomatic.

Cu enumerarea celor 8 categorii de diagnostic putem conclude că autismul a fost surprins într-o triplă ipostază, cea de *maladie*, cu o individualitate proprie în mica copilărie (categ. I-a), cea de *sindrom* apărînd în context nozologic diferit (categ. II şi III), precum şi cea de *simptom* sau *simptome izolate* (categ. V, VI, VII, VIII).

Cu o asemenea nuanţare a diagnosticului de autism nu putem fi acuzaţi nici de o aplicare abuzivă a etichetei de „autism“ şi nici de o folosire prea restrictivă a acestui diagnostic.

Oricum diagnosticul de autism infantil, cu diferitele sale varietăţi clinice şi etio-patogenice, rămîne o problemă de virtuozitate profesională, fapt ce ne-a sugerat o analiză a concordanţei dintre dg-ul de trimitere şi cel de ieşire (din serviciul nostru).

Tabel nr. 1

Concordanţa dintre dg. de trimitere şi cel de ieşire

	Neuro-Psih. Inf. Policl.		Neuro-Psih. reţea adulţi Neuro-Chir.		Medic pediatru		Alte spec. medicale		Total
	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	%
Concordant	24	40,6	2	22	—	—	1	7,4	27
Parţial-Concordant	19	32,2	4	44	7	36,8	8	61,3	38
Discordant	16	27,1	1	11	11	57,9	4	30,6	32
Fără dg.	—	—	2	22	1	5,3	—	—	3

În 19 cazuri lipsea din fişa medicală biletul de trimitere.

Rata destul de ridicată a discordanţei între diagnosticul nostru şi cel stabilit în reţea, pledează pentru oportunitatea aducerii în discuţia specialiştilor a acestei afecţiuni, precum şi cuprinderea ei în tematica de cercetare a Inst. de neurologie şi psihiatrie.

3. Ne-am propus să verificăm pe cazuistica noastră unele opinii acreditate în literatura de specialitate, şi anume prevalenţa băieţilor asupra fetelor, sau provenienţa copilului autist din familii cu un status sociocultural ridicat (medii de intelectuali). Pentru aceasta am avut în vedere categoria I-a de autişti, mai aproape de autismul primar sau autentic, folosind celelalte categorii drept „martori“.

Tabelul nr. 2

Prevalența sexului la copii autiști pe categ. de dg.

Sex	Autism infantil (Categ. I)	Sindr. autist (Categ. II și III)	Elemente autiste (Categ. V, VI, VII)
Băieți	23	11	19
Fete	21	9	14
Total	44	20	33

Monique Beekman-Balle, 1972 într-un studiu pe 24 autiști și Mona O'Moore, 1972, într-un studiu pe 25 cazuri, indică raportul de 4/1 în favoarea băieților. Barbara Fish, 1968, B. Golse, 1978, Treffert 1978 pe cel de 3/1 tot în favoarea sexului masculin, Robert Aug, 1971, Nintgen 1972, conchid că acest raport poate varia între 2/1—4/1.

Datele noastre nu confirmă pe cele din literatura de specialitate, și nu am putea explica de ce. Să fie vorba de un lot nereprezentativ, — iată un aspect ce trebuie aprofundat în cadrul studiului planificat.

In ceea ce privește *statusul socio-cultural și profesional* al părinților copiilor autiști Kanner menționează în 74% profesii intelectuale. Cox, Rutter și col. găsesc că 3/4 dintre părinți erau profesori sau ocupau posturi de conducere, Kolvin, în 57% părinții aparținînd claselor sociale I și II.

Am urmărit statusul socio-profesional al părinților copiilor autiști din lotul nostru în comparație cu un lot martor — alte afecțiuni neuro-psihice —, lot apariat în ceea ce privește proveniența teritorială (26 cazuri din Munic. București, 46 mediul urban, 28 mediul rural). Pe lotul celor 44 autiști din categ. I-a părinții cu studii universitare au figurat în 25% pentru tată și 12,6% pentru mamă, în timp ce în lotul martor de numai 9% pentru tată și 4% pentru mamă. Studiile medii și calificarea de tehnician au fost menționate în lotul autiștilor în 29% pentru tată și 13,5 pentru mamă, întrunind la lotul martor valori asemănătoare, 27% pentru tată și 9% pentru mamă. Mama casnică figurează în lotul autiștilor în 41% cazuri, și de 39% cazuri în cel al lotului martor.

Copilul autist în ipostaza de *„copil unic" în familie*, problemă mai puțin abordată în literatura de specialitate. Din practica curentă am rămas cu impresia că apariția unui copil autist în familie, fie că-i sperie și îi deprimă pe părinți, fie că-i absorb și-i ocupă intensiv, aceștia nu mai îndrăznesc să mai aibă și alți copii. Am urmărit deci situația copilului unic pe lotul nostru de copii autiști în comparație cu un lot martor, lot apariat în ceea ce privește vîrsta părinților.

Rezultatele confirmă în mare măsură observațiile noastre, bine înțeles ele ar trebui confruntate cu datele demografice oficiale ceea ce deocamdată ne scapă.

Tabel nr. 3

Copilul unic în familiile cu copii autiști

	Nr. cazuri	București %	Provincie %	Per. total %
Autism infantil	44	58,7	40,7	47,7
Sindr. autist	20	46,1	50	47
Elemente autiste	33	20	29,6	28,1
Lot martor (alte maladii)	100	35	21	25

Parcurgînd foile de observație am reținut unele elemente anamnestice mai frecvent menționate cărora am și fost tentați să le atribuim o posibilă valoare etiologică, un rol favorizant sau declanșator al procesului autist. În tabelul nr. 4 sînt prezentate acele elemente anamnestice (sau clinice) menționate în peste 10% din cazurile intenate.

Tabel nr. 4

Factori anamnestici în antecedentele lotului autist

	Per total %	A. I 44 caz.		A/Enc 17 caz.		Int/A 17 caz.		Enc/A 13 caz.		Olig./A 17 caz.	
		Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%
Prematuritate	28,3	10	22,7	6	35	6	35	4	30,7	4	23,7
Tens. psihice în per. de sarcină	13,3	8	18,1	1	5,8	4	23,2	1	7,6	1	5,8
Cezariană	14,1	7	15,9	1	5,8	2	11,6	1	7,6	5	29,5
Asfixie albastră Convulsii	21,6	5	11,3	6	35	3	17,5	5	38,3	5	29,5
Crize comițiale	23,3	1	2,2	7	41,0	6	35	10	76,8	2	11,6
Voalare papilară	13,3	7	15,9	2	11,6	5	29,3	1	7,6	—	—
Otită supurată	14,3	3	6,8	1	5,8	6	35,0	3	23,6	2	11,6
Br.-pneumonie severă	15,8	7	15,9	2	11,6	3	17,5	3	23,6	4	23,2
Ocrotit într-un Leagăn de copii	9,1	7	15,9	—	—	—	—	1	7,6	2	11,2

Subgrupele III, VII și VIII au fost excluse din cauza numărului prea mic de cazuri.

Un sumar comentariu al acestor date:

Prematuritatea (copilul născut înainte de termen sau cu greutate mică la naștere) înregistrează pe lotul nostru o frecvență de 28,3% în medie per total, predominînd la categoriile II (35%), IV (35%) şi V (30%). În prima categorie frecvenţa este sub medie, 22,7%.

Ştim că în rîndurile populaţiei infantile generale naşterea prematură se întîlneşte în 10—12% şi rămîne de cercetat la ce valoare s-ar ridica pe un lot martor constituit din copii encefalopaţi şi oligofreni, neautişti. În orice caz, imaturitatea sau dismaturaţia generală de la naştere ar putea constitui o condiţie sau un indiciu şi de dismaturaţie cerebrală specifică procesului autist. Sau ar putea slăbi apărarea copilului faţă de anumite agresiuni din partea mediului contribuind la declanşarea procesului autist.

Traumatismul psihic la gravidă, îl găsim menţionat în lotul nostru în medie de 13,3 cazuri per total, predominînd în categoria III-a (23,2%), urmată de categoria I-a (18,1).

Sîntem convinşi că în perioada de sarcină traumele psihice, în special stările tensionale depresive de durată, pot influenţa negativ parametrii hormonali şi umorali ai sîngelui matern, deci a sîngelui placentar, şi prin aceasta ar putea interfera maturizarea cerebrală la nivelul unor anumite structuri sau sisteme, contribuind astfel la constituirea acelui tip de dismaturaţie cerebrală responsabil de apariţia autismului la copilul mic. Unii dintre noi (Margareta Ştefan) l-am întîlnit extrem de frecvent în cazuistica proprie, în mult mai mare măsură decît cea care figurează în lotul serviciului clinic.

Asfixia albastră la naştere. Apare cu o medie de 21,6% per totalul lotului, întrunind valori mai ridicate la encefalopaţii cu note autiste (38,3%), la cei cu sindr. autist pe fond encefalopat (35%), precum şi la oligofrenii cu note autiste (29%). În prima categorie, cea a autistului „pur" apare într-o proporţie sub medie, 11,3%.

Hipoxia la naştere este frecvent întîlnită în antecedentele bolnavilor neuro-psihici şi chiar la cei normali. În prezenţa şi a altor factori predispozanţi este posibil să contribuie la realizarea dismaturaţiei cerebrale de tip autist.

Naşterea prin cezariană. Manoperă preventivă întîlnită atît la copilul normal cît şi la cei din cazuistica serviciului nostru, — poate constitui un indiciu pentru existenţa unor factori pre şi perinatal, care să contrarieze maturarea structural-funcţională a anumitor sisteme cerebrale. O întîlnim în 14,1% per total, cu un vîrf de 29,5% la categoria oligofrenilor cu elemente autiste.

Convulsiile copilului, spasmele în flexie, crizele comiţiale, în special cele temporale sînt tot mai frecvent asociate astăzi loturilor de copii autişti. Dacă la început maladia schizofrenică se considera antagonică epilepsiei, dacă iniţial autismul era considerat de origine psihogenă, excluzîndu-se astfel posibilitatea organicităţii procesului autist, şi implicit existenţa unor focare epileptice, tot mai multe lucrări menţionează astăzi relaţia autism-crize epileptice.

Pe lotul nostru *convulsiile şi crizele comiţiale* sînt menţionate în 23,3% per total. Interesant este faptul că ele apar doar cu o frecvenţă de numai 2,35% pe sublotul autismului „pur" în timp ce prezenţa lor în sublotul encefalopaţilor cu elemente autiste se ridică la 76,8%, la cei cu sindrom autist pe fond encefalopat apare în 41% cazuri, iar la cei întîrziaţi psihic cu elemente autiste în 35% cazuri.

Paloarea papilară. Apare în 13,3% per total, ridicîndu-se la 29% la cei din categoria IV-a (întîrziaţi psihic cu elemente autiste), şi la 16% la cei din categoria I-a (autismul „pur"). Importanţa sa ar putea fi discutată din două perspective. Din perspectivă etiologică, paloarea papilară ar putea sugera implicarea unui proces inflamator cerebral, encefalită sau meningo-encefalită ignorată, posibil intrauterină. Din perspectivă clinică, de existenţa sa s-ar putea lega unele particularităţi sau dificultăţi de vedere, responsabile de prezenţa unor comportamente aberante întîlnite la autiştii simptomatici.

Otitele purulente. Sînt menţionate în antecedentele lotului nostru în 14% per total şi de numai 6,8% la cei din prima categorie. Valori ridicate se întîlnesc la copiii cu întîrziere psihică cu note autiste, (IV) 35%, şi la encefalopaţii cu note autiste, 23%. Prezenţa lor ar putea sugera anumite particularităţi sau dificultăţi în percepţia auditiv-verbală, şi nu obligatoriu de origină periferică ci chiar de origine centrală. O otită purulentă complicată cu mastoidită poate facilita o reacţie meningo-encefalitică de vecinătate, deci de lob temporal. Or este bine cunoscut rolul lobului temporal în percepţie auditiv-verbală, în procesul de învăţare, în viaţa şi comportamentul emoţional, în organizarea conduitelor de apărare, sectoare ale vieţii psihice profund implicate în procesul autist. Posibila existenţă a unor microleziuni sechelare, a unor focare iritative temporale, merită să fie luate în considerare în cazurile de „autism simptomatic" de „autism parţial" sau „frust".

Bronho-pneumoniile severe, cu ascensiuni febrile pînă la 40°—41° şi pe care mulţi părinţi le indică ca moment critic în declanşarea regresiei de tip autist la copilul lor, figurează pe lotul nostru în 15,8 cazuri per total, cu valori ceva mai ridicate la oligofrenul cu elemente autiste (23,6%), şi la întîrziatul psihic cu note autiste (17,5%). Este posibil ca deficitul de respiraţie pulmonară, antrenînd la rîndul său hipoxia cerebrală în perioada 0—3 ani să poată interfera maturizarea structural-funcţională a unor sisteme cerebrale, incriminate în structurarea procesului autist.

Destul de frecvent figurează în lotul nostru *plasamentul copilului la Leagănul de Copii* în primii 3 ani de viaţă. Dacă per total nu se ridică decît la 9,1%, în prima categorie (autistul „pur") urcă la 15,9%, iar la oligofrenul cu note autiste la 17,5%. Ocrotirea copilului într-o colectivitate închisă în primii 3 ani pune probleme de ereditate patologică sau personalitate psihopată la părinţi, implică traumele psihice la gravidă sau alte probleme de sarcină, la care se mai adaugă morbiditatea crescută din cadrul acestor colectivităţi închise, precum şi precaritatea stimulilor educaţionali, în primul rînd carenţele afective.

Au mai fost şi alte aspecte clinice sau anamnestice, care deşi per total nu s-au ridicat la o frecvenţă de 10% au depăşit această valoare pe loturi parţiale. De pildă un *lichid cefalo-rahidian modificat*, cu R. Pandy pozitivă şi albumino-rahia crescută, s-a întîlnit în 17,5%

la cei cu sindr. autist pe fond encefalopat şi la cei cu întîrziere psihică cu elemente autiste. *Toxicoza sugarului* apare în 17,5% la cei cu sindr. autist pe fond encefalopat şi la cei cu întîrziere psihică cu elemente autiste. *Toxicoza sugarului* apare în 17,5% la oligofrenii cu note autiste. Tot la această categorie sînt menţionate în proporţie de 11,6% şi *metroragiile* în perioada de sarcină.

Toţi aceşti factori, şi alţii bine înţeles, interferează dezvoltarea creerului şi a psihicului într-o perioadă de intensă maturizare structural-funcţională, de rapidă succesiune a stadiilor şi a treptelor de dezvoltare, perioada ultimelor luni de sarcină şi a primilor 2—3 ani de viaţă extra-uterină.

Această sumară trecere în revistă a unui material clinic pe probleme de diagnostic şi factori anamnestici, a constituit pentru noi un exerciţiu preliminar util, sugerîndu-ne unele direcţii de cercetare ce vor trebui amănunţite şi aprofundate în cadrul studiului planificat.

CONTRIBUŢII LA STUDIUL RECUPERĂRII COPILULUI CU HANDICAP ŞCOLAR

F. Brânzei, M. Gaşpar, M. Şelaru
— *Iaşi*

Problematica recuperării copilului cu handicap şcolar se înscrie ca o preocupare constantă a colectivului de specialitate din cadrul Laboratorul de sănătate mintală al Spitalului de Psihiatrie „Socola" — Iaşi, reunind în echipă interdisciplinară factorii cointeresaţi în apărarea şi promovarea sănătăţii mintale a populaţiei.

Acţiunile întreprinse în colaborare cu cadrele de specialitate din cadrul Inspectoratului Judeţean Şcolar s-au concretizat în elaborarea unui model de recuperare a copilului handicapat şcolar din cl. I a ciclului primar general.

Aplicarea experimentală a acestui model a fost realizată într-una din zonele cele mai aglomerate ale municipiului Iaşi cu populaţie nou migrată, în curs de stabilizare.

Acţiunea propriuzisă s-a desfăşurat sub formă de asistenţă de specialitate acordată unităţilor şcolare, din raza teritoriului specificat la solicitarea acestora de a examina şi îndruma psihopedagogic 113 copii cu risc de eşec şcolar din cl. I.

Prezentăm în continuare etapele desfăşurării acestei acţiuni :

ETAPA I : *Investigarea cauzelor handicapului şcolar.*

Pornind de la premisa că handicapul şcolar în general şi cu precădere, handicapul şcolarului mic nu poate fi abordat cu eficienţă decît pe baza studiului acţiuni interdependente a cauzelor de natură individuală, socio-familială (privită atît sub aspectul potenţialului educativ cît şi socio-economic) şi pedagogică, am orientat investigaţia în 3 direcţii :

1. — Examinarea psihologică a fiecărui copil handicapat prin corelarea datelor examenului psihometric cu datele rezultate din observarea comportamentului acestuia la lecţii şi din caracterizarea cadrelor didactice.

2. — Ancheta în familii în scopul surprinderii configuraţiei bio-psiho-sociale a factorilor de natură extraşcolară cu incidenţă posibilă în actualizarea handicapului.

3. — Convorbiri cu cadrele didactice şi observarea, prin asistenţă la lecţii, a modului de desfăşurare a procesului instructiv-educativ.

Prelucrarea şi interpretarea datelor investigaţiei s-a realizat în două variante : 1. — Analiza independentă a factorilor de handicap investigaţi şi evaluarea ponderii acestora în apariţia şi accentuarea riscului de eşec şcolar. 2. — Analiza multivariată — prin prelucrarea automată a datelor — în scopul surprinderii concomitenţei şi convergenţei cauzelor handicapului şcolar, indiferent de natura lor, dar corelînd semnificativ cu criteriul randamentului şcolar.

Nr. crt.	Variabila componentă	coef. de corelaţie	frecvenţă %
1.	Supravegherea (efectivă) deficitară a copilului în afara şcolii.	+66	79,3
2.	Condiţii sanitare precare ale locuinţei.	+65	31,8
3.	Alimentaţia nesatisfăcătoare.	+65	27,3
4.	Insuficienţa ajutorului acordat de către părinţi la supravegherea pregătirii lecţiilor.	+64	74,6
5.	Relaţii conflictuale între părinţi.	+62	65,9
6.	Structura familiei (grad de organizare).	—66	38,6
7.	Posibilităţi reduse din partea tatălui pentru exercitarea supravegherii.	+40	43
8.	Venitul mediu scăzut al familiei.	+36	59,7
9.	Posibilităţi reduse din partea mamei pentru exercitarea supravegherii.	+35	25

Confruntarea acestor două sisteme de analiză ne-a permis desprinderea unor configuraţii factoriale responsabile în determinarea handicapului şcolar, sub forme variate de manifestare, precum şi stabilirea prevalenţei factorilor de handicap identificaţi.

Analiza cauzală, efectuată în această manieră a evidenţiat prevalenţa factorului socio-familial a cărei configuraţie o prezentăm în continuare, consemnînd ca indicatori pentru fiecare variabilă componentă coeficientul de corelaţii cu criteriul randamentului şcolar, precum şi frecvenţa acestor variabile în rîndul familiilor investigate :

Regrupînd aceste date prin compararea celor doi indicatori, am obţinut două categorii de variabile cu incidenţă (calitativ) diferită în actualizarea handicapului :
— climat socio-familial defectuos ca şi condiţii materiale deficitare.

Referitor la primul aspect, constatăm că, deşi posibilităţile obiective de supraveghere a copilului nu sînt afectate în mod semnificativ de orarul muncii prestate de părinţi (ex. : doar un procent de 25% dintre mame au posibilităţi reduse de supraveghere), preocuparea efectivă privind organizarea timpului liber al copilului, implicînd şi acordarea ajutorului în pregătirea lecţiilor, este sever diminuată, constituind principala componentă a factorului socio-familial de handicap (+66 ; 79,3%). Această atitudine este alimentată de un climat moral vicios cu relaţii conflictuale frecvente între părinţi (65,9%), deşi aparent, procentul de familii dezorganizate sau în curs de dezorganizare este relativ redus (38,6%). Dintre cauzele care determină şi întreţin conflictele intrafamiliale, menţionăm : Consumul exagerat de alcool (36,3%) neînţelegerea privind îngrijirea copiilor (26,7%), reacţii punitive (16,5%) insuficienţa condiţiilor materiale (13,1%), compromiterea unui soţ prin degradarea socială (9,7%), triunghi conjugal (9,2%), alte situaţii (18,5%).

Cu privire la condiţiile materiale ale familiilor investigate remarcăm că, deşi venitul mediu pentru fiecare membru al familiei este scăzut în 59,7% din cazuri, corelaţia acestui indicator cu randamentul şcolar (+35) este nesimnificativă în raport cu celelalte variabile implicate. Un fenomen contrar se înregistrează în cazul „condiţiilor precare de igienă“ şi „alimentaţie dificitare al copilului“. Cu toate că prezintă o pondere redusă pe ansamblul familiilor luate în consideraţie (31,8%) şi respectiv 27,3% din cazuri, aceşti indicatori prezintă corelaţii ridicate cu insuccesul şcolar, fapt care implică considerarea lor în relaţie directă cu factorii de climat familial, acţionînd cumulativ în sensul accentuării handicapului şcolar.

Luînd în discuţie *factorul individual* de handicap, remarcăm distribuţia eterogenă a datelor anamestice, privind dezvoltarea psihomotorie, indicatorii acestei variabile avînd o pondere fluctuantă în cadrul lotului investigat. Constatăm astfel că „mersul nesusţinut“ este achiziţionat la termen în proporţii de 79,2% iar limbajul în 82,6% din cazuri. Un retard relativ întîlnim în ceea ce priveşte „controlul sfincterian de zi şi de noapte“ neachiziţionat la termen în 35,8% şi respectiv 31,7% din cazuri. Această situaţie ar putea fi pusă în bună măsură pe seama lipsei de securitate afectivă şi mai puţin pe seama unei întîrzieri în maturizarea fiziologică.

Analiza multivariată a datelor examenului psihologic ne-a permis surprinderea ponderii crescute a factorilor verbali în precizarea handicapului intelectual, rezultatele la probele verbale prezentînd corelaţii între (+0,56—0,78) cu criteriul randamentului, şcolar de 0,54 cu indicatorii componentului copiilor handicapaţi în clasă. Constatăm astfel şi din acest unghi de vedere, importanţa potenţialului educativ familial în însăşi geneza condiţiei intelectuale a copilului.

Referitor la *factorii psiho-pedagogici* de handicap şcolar, observaţiile noastre confirmă datele din literatura de specialitate cu privire la dezacordul existent între potenţialul adaptiv individual şi solicitarea efectivă a copilului cu dificultăţi şcolare în cadrul sistemului instructiv-educativ general al ciclului primar. Este ştiut că posibilitatea unei activităţi individualizate cu aceşti copii, în condiţiile unor colective numeroase, este foarte strict limitată. Evaluarea ritmului personal de asimilare şi a participării, ca de altfel şi activitatea de predare în „condiţii individualizate“ nu pot fi practic realizate decît în clase cu efectiv redus. Această stare de fapt se concretizează în permanentizarea handicapului şcolar iniţial, determinînd autosituarea copiilor handicapaţi, atît sub aspect intelectual cît şi psiho-social, în sectorul periferic al sistemului instructiv-educativ. Sînt implicate în acelaşi timp, condiţii neadecvate, cu caracter deviant sau de demisie, care — după principiul cauzalităţii circulare — se răsfrîng direct în eficienţa intelectuală a subiectului favorizînd eşecul şcolar. Orientarea inoportună a acestor copii spre învăţămîntul ajutător, îşi găseşte justificarea atît în dificultăţile întîmpinate de psihologi în delimitarea diagnostică a debilităţii mintale la această vîrstă cît mai ales, prin inexistenţa unei alternative în îndrumarea lor psiho-pedagogică.

Constatăm, în ultimă instanţă, că această categorie de copii care, în urma eşecului şcolar, ajung să reprezinte 20—23% din totalul copiilor înscrişi în primele clase ale şcolii ajutătoare, nu beneficiază de o formă de învăţămînt adecvată, integrată prin obiective şi conţinut învăţămîntului de masă, care să permită atît prevenirea cît şi recuperarea în timp util a copiilor cu risc de retardare şcolară.

ETAPA II-a : Recuperarea copiilor cu handicap şcolar prin intermediul grupurilor de stimulare psiho-pedagogică.

Această etapă s-a desfăşurat sub forma programului prelungit, adecvat factorilor de risc adaptativ, puşi în evidenţă pe parcursul investigării.

Pornind de la condiţiile concrete proprii fiecărei circumscripţii şcolare şi prin utilizarea funcţională a posibilităţilor existente în teritoriul arondat am organizat în 4 şcoli grupuri de stimulare psiho-pedagogică cu program de după-amiază, formate în medie din 16—18 copii. Au fost cuprinşi efectiv în această formă de asistenţă 78 copii dintre care 63 au participat în mod permanent, iar 15 au fost retraşi pe parcurs, considerîndu-se în continuare ca suficientă activitatea la clasă, susţinută de o asistenţă indirectă prin mobilizarea permanentă a familiei. Pentru copiii participanţi la grupurile de recuperare, care proveneau din familiile dezorganizate sau deficitare sub aspectul posibilităţilor de supraveghere (datorită orarului muncii prestate de părinţi), au fost luate măsuri privind asigurarea într-un cadru instituţionalizat a mesei de prînz şi a odihnei de după-amiază. Astfel, din cei 63 copii cuprinşi în programul recuperativ permanent, au beneficiat de aceste condiţii 26 dintre care 10 copii au primit masă gratuită sub formă de ajutor social.

Totodată, au fost luate măsuri în sensul optimizării asistenţei logopedice, prin „sincronizarea“ activităţii grupurilor de stimulare cu programul logopedului din sector.

O altă preocupare constantă a fost mobilizarea familiei copiilor asistaţi psihopedagogic. Din această perspectivă, întîlnirile realizate prin intermediul vizitelor la domiciliu şi şedinţelor cu părinţii, organizate împreună cu conducerea şcolilor şi cadrelor didactice, au constituit un mijloc eficient de abordare diferenţiată a microgrupului familial, în sensul creşterii permisivităţii şi responsabilităţii educative.

Activitatea corectiv-recuperativă în cadrul grupurilor constituite s-a realizat prin rularea cadrelor didactice de la clasele I, după un program psiho-pedagogic elaborat prin colaborarea psihologului cu cadrele didactice din şcolile generale menţionate şi cu profesorii defectologi de la şcoala ajutătoare, implicaţi direct în acţiunea de asistenţă. Pentru a spori eficienţa colaborării, am organizat schimburi de experienţă între învăţători şi defectologi, constînd în interferenţa activă a defectologilor în desfăşurarea programului recuperativ, urmată de discutarea individualizată a evoluţiei copiilor asistaţi.

O atenţie deosebită am acordat-o cunoaşterii cît mai rapide de către cadrele didactice implicate în program a tuturor copiilor cuprinşi în grupurile de stimulare. În acest scop, cît şi pentru evaluarea longitudinală a gradului şi modului de participare individuală în cadrul grupului, au fost întocmite „caiete de evoluţie“ a grupului cuprinzînd :

— caracterizarea psiho-pedagogică, însoţit de fişa de greşeli tipice, pentru fiecare copil, elaborată de către învăţătorul clasei ;

— rubrică pentru frecvenţă ;

— rubrici privind evoluţia procesului recuperativ atît la nivelul grupului, cît şi pentru fiecare subiect în parte ;

— rubrică cuprinzînd observaţii şi sugestii referitoare la procedeele folosite în scopul evaluării şi generalizării experienţei metodologice.

Activitatea corectiv-recuperatorie propriu-zisă s-a desfăşurat pe întreg parcursul trimestrului III (an şcolar 1976—1977), cîte 4 zile pe săptămînă, timp de o oră jumătate.

Amintind obiectivele acestei activităţi, subliniem că am avut în vedere atît recuperarea copiilor al căror potenţial mintal real permitea prin actualizare saltul necesar adaptării în condiţii normale la procesul instructiv-educativ general, cît şi precizarea evolutivă a psihodiagnosticului prezumtiv, prin stimularea adecvată a participării subiectului în cadrul programului corectiv-recuperativ.

Etapa a III-a : Etapa evaluării finale şi îndrumării psihopedagogice s-a desfăşurat în ultimele două săptămîni ale anului şcolar constînd în examinarea psihopedagogică în echipă interdisciplinară a tuturor copiilor asistaţi.

Indrumarea către nivelul şi forma de învăţămînt corespunzătoare s-a efectuat în funcţie de două criterii :

— prin raportarea cunoştinţelor însuşite la normele stabilite de programa şcolară (generală sau specială).

— prin raportarea randamentului actual la evoluţia anterioară a subiectului.

Combinarea acestor două criterii a oferit, totodată, posibilitatea evaluării activităţii corectiv-recuperatorii, desfăşurată în cele 4 şcoli amintite. Prezentăm, în continuare, rezultatele obţinute :

— 88 de copii reprezentînd un procent de 90,72% din numărul total al copiilor pentru care cadrele didactice au solicitat asistenţă, şi-au ameliorat retardul iniţial, promovînd clasa. Menţionăm însă, că pentru 34% dintre aceştia examenul psihopedagogic a pus în evidenţă necesitatea continuării asistenţei diferenţiate şi pe parcursul clasei a II-a. Li s-a recomandat, în plus, reluarea activităţii în grupuri de stimulare psihopedagogică, cu două săptămîni înainte de începerea anului şcolar ;

— 9 copii, însemnînd un procent de 9,28%, nu au întrunit condiţiile promovării în clasa a II-a a şcolii generale. La 7 dintre aceştia comisia a precizat diagnosticul de debilitate mintală. Trebuie să precizăm, însă că această ultimă categorie de copii şi-a însuşit cuantumul de instructiv necesar înscrierii în clasa a II-a ajutătoare schimbarea formei de învăţămînt fiind în măsură să se realizeze fără pierderea unui an şcolar :

— retardarea şcolară nu a putut fi evitată de 2 copii care, deşi cu o eficienţă intelectuală de limită, nu şi-au însuşit minimul de cunoştinţe necesare clasei a II-a generale. Provenind din familii dezorganizate, incompatibile sub aspect educativ, acestor copii li s-a recomandat repetarea clasei I, prin îndrumarea către casa de copii şcolari.

Considerînd retardarea şcolară drept criteriu esenţial în aprecierea eficienţei asistenţei psihopedagogice acordate celor 97 de copii, cu risc de eşec şcolar, observăm că doar 2 dintre aceştia, reprezentînd un procent de 2,06% au pierdut realmente anul şcolar, ceilalţi — însuşindu-şi cunoştinţele necesare promovării în clasa a II-a a şcolii generale sau — în cazul copiilor cu debilitate mintală — în clasa a II-a a învăţămîntului ajutător.

Rezultatele favorabile obţinute reclamă în planul practicii curente trecerea *de la „consultul multidisciplinar* (realizat sporadic între cadrele de specialitate implicate în psihodiagnostic şi cele antrenate în activitatea corectiv-recuperative) *la acţiunea interdisciplinară* — prin intermediul unei echipe permanente şi teritorializate — în care activarea potenţialului adaptativ al subiectului în condiţiile unui mediu protectiv — să asigure atît precizarea evolutivă a psihodiagnosticului cît şi intervenţia ortopedagogică propriu-zisă.

PROBLEME PSIHO-SOCIALE ALE ADAPTĂRII LA ELEVII ADOLESCENŢI

M. Bejat, H. Bejat
— *Bucureşti*

Dacă pubertatea reprezintă în viaţa omului o „revoluţie" precumpănitor biologică, adolescenţa este o „criză" preponderent psihologică, reverberaţie a efectelor maturaţiei biologice în plan psihic şi psihosocial, rezultat — în ultimă instanţă — al interferenţei celor trei categorii de factori, bio-psiho-sociali.

Adolescenţa este vîrsta unor mari şi rapide schimbări fizice, psihice şi sociale, în care individul este confruntat cu solicitări numeroase şi adesea contradictorii. Pe de o parte adaptarea la sine, la o selfimagine în continuă schimbare, rapid depăşită datorită dinamicii dezvoltării, iar pe de altă parte, adaptarea la un mediu social care-şi modifică simţitor solicitările faţă de adolescent. Acestea determină apariţia unei duble conflictualităţi, apariţia unor serii conflictuale interferente : conflictualitatea determinată de procesul dezvoltării (destructurările şi restructurările specifice acesteia), conflictualitatea intrapsihică, a adaptării la sine şi cea interpsihică, a adaptării la solicitările mediului social.

Sistemul educaţional în ansamblu, bazat în special pe interdicţii, pe numeroase tabu-uri (impuse de familie, de şcoală, de societate), are un caracter frustrant, generator de conflicte interne (manifeste sau latente) : conflicte între dorinţe şi apărarea de acestea, conflicte între diverse sisteme sau instanţe psihice, conflicte între pulsiuni antagonice, între pulsiuni şi restricţiile sau interdicţiile morale ale supraeului, între pulsiuni şi realitatea ce oferă condiţii adesea defavorabile satisfacerii lor.

Aceste mecanisme reprezintă un factor foarte important de menţinere a echilibrului atît la nivelul organismului, cît şi între organism şi mediu.

Această natură esenţialmente echilibratoare a activităţii defensive a eului, intră însă în contradicţie cu tendinţa fundamental evolutivă a oricărei perioade de dezvoltare, tendinţă ce s-ar putea traduce printr-o dezechilibrarea în vederea unei reechilibrări ulterioare, la un nivel superior. Acest model sau mecanism general al dezvoltării, care a fost pus în evidenţă şi studiat de psihologie îndeosebi la nivelul proceselor cognitive, se dovedeşte viabil şi în ceea ce priveşte dezvoltarea afectivităţii şi a structurilor personalităţii.

Conflictul este constitutiv fiinţei umane, el fiind o modalitate dialectică obligatorie de organizare a vieţii, dar sistemul interdicţiilor exagerate (din familie, şcoală etc.) au ca efect comprimarea tendinţelor, a pulsiunilor — şi este de natură să pregătească descărcări explozive, care în unele cazuri pot dobîndi caracter patologic, ducînd la întreruperea circuitului care asigură dezvoltarea personalităţii sănătoase a adolescentului, dezvoltare care are loc printr-o neîntreruptă succesiune de dezadaptări şi readaptări, de destructurări şi restructurări ale schemelor adaptative anterioare, de dezintegrări fireşti ale structurilor psihice anterioare.

Toate persoanele implicate în procesul de educare psihoigienică a adolescenţilor (medici, psihologi, cadre didactice, părinţi etc.) trebuie să aibă cunoştinţe aprofundate cu privire la *psihologia adolescenţei* şi la *măsurile de psihoigienă specifice vîrstei*, căci problemele de adaptare pe care le are de depăşit adolescentul nu pot fi înţelese decît pornind de la cunoaşterea aspectelor psihodinamice caracteristice acestei perioade de dezvoltare, iar fără această înţelegere nu este posibilă stabilirea comunicării şi influenţa educativă. Şi trebuie să recunoaştem că cei mai mulţi dintre educatori nu au deobicei decît nişte cunoştinţe empirice despre psihologia specifică acestei vîrste, adesea distorsionate de vremea scursă de la propria adolescenţă şi de concepţiile care s-au schimbat cu trecerea anilor. În sistemul de perfecţionare a cadrelor didactice nu se acordă atenţia cuvenită cunoaşterii ştiinţifice a particularităţilor psihologice ale acestei perioade de vîrstă, atît de complexă şi de contradictorie.

Cunoaşterea importanţei psihoigienice a relaţiilor familiale (a relaţiilor dintre părinţi şi a celor dintre aceştia şi copii), este absolut necesară, întrucît acestea exercită, după datele tuturor cercetărilor întreprinse, o puternică influenţă asupra stării de sănătate psihică a copilului şi adolescentului.

Psihologia afectivităţii (inclusiv *educaţia sexuală*) joacă, de asemenea, un rol de prim ordin în sanogeneza personalităţii adolescentului.

În condiţiile revoluţiei tehnico-ştiinţifice contemporane şi a creşterii extraordinare a cantităţii de informaţie, măsurile de *psihoigienă a muncii intelectuale*, însuşirea deprinderilor de lucru cu cartea, de utilizare a surselor de informaţie, însuşirea ştiinţei şi artei de a învăţa şi de a gîndi creator, respectarea legilor psihologice ale învăţării şi ale gîndirii eficiente, dezvoltarea motivaţiei intrinsece, însuşirea tehnicilor de învăţare logică şi creativă şi a deprinderilor de gîndire ştiinţifică şi euristică — pot duce la micşorarea ratei eşecurilor şi la promovarea stării de sănătate psihică, în special cînd aceste măsuri sînt dublate şi de o judicioasă orientare şcolară (şi profesională), bazată pe cunoaşterea aptitudinilor adolescentului.

Observaţiile noastre au scos în evidenţă faptul că principalele probleme ale sănătăţii mintale la vîrsta adolescenţei sînt legate de transformarea — cu ajutorul mijloacelor de care dispune psihopedagogica medico-socială — de convertirea în forţe energetice şi creatoare a tensiunilor pseudopsihonevrotice specifice procesului de adaptare, de asimilare şi acomodare a adolescentului cu sine şi cu lumea înconjurătoare.

În acest sens, considerăm — aşa cum am arătat mai pe larg în repetate rînduri în ultimii ani — că a dezvolta creativitatea înseamnă, de fapt, în mare măsură, a prezerva şi promova, în mod implicit, sănătatea psihică a oamenilor, educaţia creativităţii ocupînd astfel un loc central în activitatea din domeniul psihoigienei.

Perfecţionarea activităţii psihoigienice la adolescenţi implică însă o serie de cercetări care să verifice ipotezele ce pot fi formulate pe baza experienţei acumulate şi prin conjugarea cunoştinţelor existente deja în domeniul psihologiei adolescenţei, cu cele din domeniul psihoigienei şi psihoprofilaxiei, la care ne-am referit.

STUDIU COMPARATIV ASUPRA DEZVOLTĂRII PERSONALITĂŢII ŞI INTEGRĂRII SOCIO-PROFESIONALE A ABSOLVENŢILOR LICEULUI TEORETIC ŞI INDUSTRIAL

V. Chiriţă, I. Turcu
— *Bacău*

În cadrul L.S.M. Bacău, am iniţiat un studiu medico-psihologic la elevii din clasele a XII-a la două licee din municipiul Bacău, Liceul de matematică-fizică „G. Bacovia“ cu profil teoretic şi liceul industrial nr. 1 cu profil industrial. Studiul întreprins a fost efectuat în echipă polivalentă alcătuită din medic psihiatru, psihosociolog, asistente sociale şi în directă colaborare cu cadrele de conducere ale şcolii, şi filiala Bacău a Centrului de cercetări pentru problemele tineretului.

Din prezentarea enunţiativă a motivaţiei cercetării reliefăm că scopul a fost de a urmări randamentul şcolar şi adaptarea la exigenţele procesului de învăţămînt teoretic şi practic, evidenţiind cu acest prilej factorii de risc adaptativ şi eventualele demodulări psihice concomitent cu dezvoltarea personalităţii elevilor într-o abordare bio-psiho-socială. Alegerea a două tipuri de licee cu profil diferit se justifică prin faptul că în procesul instructiv-educativ apar diferenţe în ceea ce priveşte metodica şi parţial în conţinutul procesului instructiv, că orientările valorice ale elevilor în cadrul raportului dintre munca productivă şi munca intelectuală pot conduce la sesizarea eficienţei formative a integrării învăţămîntului liceal cu producţia. Ţinînd seama că în liceul de tip industrial o bună parte a obiectelor de studiu sînt predate şi însuşite chiar la locul de aplicaţie practică a cunoştinţelor teoretice, într-un colectiv de muncă deja format, în contextul unei motivaţii imediate pentru o învăţare strîns legată de muncă, de producţie şi de perspectivă pentru integrarea în activităţile profesionale, putem presupune că integrarea ulterioară a tînărului în societate în general şi în producţie în special, ca expresie a maturizării personalităţii sale, va fi mai deplină, pentru că însăşi personalitatea elevului se modelează sub influenţa relaţiilor existente în grupul, colectivul de muncă. Dacă prin socializare se înţelege procesul de dezvoltare a acelor capacităţi şi caracteristici ale personalităţii care sînt esenţiale pentru realizarea unor performanţe sociale, socializarea adaptativă din perioada şcolarizării liceale este menită să dezvolte competenţe profesionale şi caracteristici psiho-sociale de personalitate prin activităţi teoretice şi practic-productive integrate în şcoală, dezvoltîndu-se totodată ca o socializare anticipativă în sensul prefigurării activităţilor şi socializării fie la nivelul învăţămîntului superior, fie în producţia efectivă.

Loturile de elevi cuprinse în cercetarea noastră au avut următoarea structură : — lotul I de la liceul de matematică-fizică „G. Bacovia“ — 93 elevi dintre care 49 sex masculin şi 44 de sex feminin ; dintre aceştia 20 provin din mediul rural şi 73 din mediu urban ; — lotul II de la liceul industrial nr. 1 — 60 de elevi ; dintre aceştia 15 provin din mediul rural şi 45 din mediul urban.

Pentru investigarea cît mai completă a elevilor s-au folosit metode şi tehnici generale şi speciale : — studierea dosarelor elevilor şi a rezultatelor şcolare obţinute pe parcursul anilor de studiu cît şi la examenul de bacalaureat ; — teste pentru stabilirea aptitudinilor tehnice folosind o baterie de teste de intuiţie şi aptitudini eehnice verificate şi în alte cercetări ; — testul Bourdon-Anfimov şi testul Praga în scopul de a surprinde rapiditatea structurării perceptive ; — testul de inteligenţă Meili ; — chestionare de personalitate ca cel psihonevrotic Woodorth, chestionarul Eysenk şi chestionarul Cattell.

Pe lîngă aceste teste şi chestionare psihologice s-a utilizat şi o fişă bio-psiho-socială utilă în culegerea unor date de ordin biologic, psihologic şi socio-familial, precum şi convorbirile individuale şi colective.

Analiza şi interpretarea datelor obţinute prin investigaţiile întreprinse precum şi prin examenul psihic relevă referitor la datele personalităţii elevilor cuprinşi în loturile cercetate următoarele aspecte mai semnificative : — extroversia a avut o distribuţie relativ egală la cele două loturi ; — distribuţia introvertiţilor relevă la lotul liceului de matematică-fizică un coeficient de 27%, iar la lotul liceului industrial un coeficient de 15%, fapt care confirmă ideea că, în timp ce studiul teoretic şi individualizat este favorabil unei „interiorizări“ a personalităţiii, îmbinarea acestuia cu activitatea practică şi munca productivă realizează o „deschidere“ a personalităţii prin cooperarea existentă în cadrul grupului în procesul muncii, realizîndu-se astfel o unitate în planul conştiinţei de sine a elevului ca expresie a formării şi dezvoltării personalităţii sale, creînd totodată posibilităţi superioare de adaptare şi integrare socio-profesională. — Neuroticismul şi neadaptarea la procesul de învăţămînt realizează indici mici şi se distribuie egal între cele două loturi, 8,6 la lotul I şi 8,3 la lotul II fapt care atestă eficienţa şi buna organizare a procesului de învăţămînt la ambele licee. Aceste fenomene nu realizează pe plan clinic — la examinarea psihiatrică — o fenomenologie dezadaptativă de suprasolicitare sau de factură nevrotică care să necesite o intervenţie medicală, demonstrînd capacitatea şi supleţea adaptării, modelarea continuă a personalităţii în efortul său de devenire.

In continuare, pe lîngă aceste date, am urmărit stabilirea unor corelaţii între randamentul şcolar (respectiv mediile generale obţinute de elevi) şi aptitudinea tehnică şi între lucrările practice de atelier şi aptitudinea tehnică. Astfel corelaţia Pearson între randamentul şcolar şi aptitudinea tehnică apare semnificativă la ambele loturi, respectiv 0,86 la liceul de matematică-fizică şi 0,79 la liceul industrial, iar corelaţia între lucrările practice şi aptitudinea tehnică apare semnificativ mai importantă la liceul industrial, respectiv 0,94. Se relevă deci că coeficientul de corelaţie este mai ridicat la elevii liceului industrial cînd se stabileşte legătura dintre lucrările practice şi aptitudinea tehnică decît atunci cînd aptitudinea tehnică se corelează cu randamentul şcolar general. Constatăm astfel că liceul industrial dispune în mai mare proporţie de elevi cu aptitudini tehnice ceea ce demonstrează că selecţia profesională s-a realizat corect şi că într-un liceu în care se realizează integrarea învăţămînt specializat — practică—producţie aptitudinea tehnică se dezvoltă transformîndu-se în capacitate tehnică ceea ce conferă garanţia unei integrări depline cel puţin sub aspect profesional.

Pentru a da finalitate studiului nostru am urmărit evoluţia elevilor după terminarea liceului şi constatat următoarele : — lotul I : 83% din elevi au reuşit la examenul de admitere în facultăţi cu profil tehnic, iar 17% au rămas cu o situaţie socio-profesională nefinalizată ; — lotul II : 15% din elevi au reuşit la facultăţi cu profil tehnic, 41,7% s-au încadrat în meseria pentru care au fost pregătiţi (respectiv la întreprinderea patronatoare), 38,3% s-au încadrat în alte întreprinderi şi numai 5% au rămas cu o situaţie nefinalizată.

În scopul de a explica şi completa imaginea acestei situaţii am procedat la studierea detaliată a datelor şi am constatat că numărul mai mare al elevilor liceului de matematică-fizică ce au reuşit la admiterea în învăţămîntul superior se explică şi prin faptul că cea mai mare parte — 94,5% — au participat la examenul de admitere, în timp ce elevii liceului industrial au avut această preferinţă în proporţie de numai 41,6% restul optînd pentru încadrarea imediată în producţie. Detaliind mai departe — în profunzime — prin analiza mediului de provenienţă socio-cultural, am observat că elevii proveniţi din mediul rural, preferînd în mai mare măsură orientarea practică a învăţămîntului au optat pentru încadrarea în producţie imediat după terminarea liceului sau după o încercare de admitere în învăţămîntul superior, în timp ce elevii proveniţi din mediul urban au optat preferenţial pentru admiterea în învăţămîntul superior şi nu au preferat încadrarea productivă nici chiar în caz de eşec.

O primă privire asupra acestor date impune de la început două aspecte : — din elevii liceului de matematică-fizică marea majoritate au optat pentru continuarea studiilor şi au reuşit admiterea în învăţămîntul superior, restul elevilor neîncadrîndu-se în producţie ; — din elevii liceului industrial un număr mai mic au optat pentru admiterea în învăţămîntul superior, marea majoritate s-au încadrat în producţie, iar procentul celor fără o situaţie finalizată după terminarea liceului este mai mic decît la liceul teoretic.

Analizînd această situaţie sub raportul complex al pregătirii şcolare în cele două licee cu specificul lor cît şi din unghiul investigaţiilor efectuate reţinem următoarele : — specificul liceului teoretic de matematică-fizică, care presupune pregătirea elevilor pentru studii superioare, deşi oferă o integrare practică a învăţămîntului, menţine crescut interesul pentru continuarea studiilor în facultăţi în paralel cu o orientare şi pregătire mai slabă pentru încadrarea imediată în producţie ; — orientarea practică şi activitatea productivă în cadrul liceului industrial determină dezvoltarea aptitudinilor tehnice şi pasiune pentru meseria învăţată în directă legătură cu gradul ridicat de tehnicitate al utilajelor şi cu satisfacţiile obţinute ; — preocuparea cadrelor didactice pentru educarea prin muncă şi pentru muncă, completată de competenţa şi sprijinul colectivelor de muncitori în care elevii au lucrat constituie factori cu valenţe formative în orientarea imediată şi de perspectivă cu posibilităţi de realizare a personalităţii printr-o încadrare în munca socială utilă ; — certitudinea realizării profesionale în meseria aleasă şi posibilitatea practicării ei într-un loc de muncă deja cunoscut, stimulînd interesul pentru încadrarea imediată în producţie, contribuie la definirea personalităţii elevilor în contextul unei emulaţii generale pentru profesia respectivă ; — înclinaţiile, aptitudinile şi dotarea pentru profesia îmbrăţişată constituie premise ale unei integrări productive adecvate ; — insuccesul realizat în definirea socio-profesională se datorează pe de o parte lipsei aptitudinilor pentru profesia aleasă, unor lacune în pregătirea practică cu o dificilă adaptare la locul de muncă, iar pe de altă parte lipsei în unele cazuri, a sprijinului colectivului de muncă ceea ce face ca la terminarea studiilor unii elevi să nu fie suficient pregătiţi atît pe plan psihologic cît şi pe planul acumulării de cunoştinţe pentru încadrarea în producţie şi aceasta îndeosebi atunci cînd şcoala nu păstrează o legătură permanentă cu absolvenţii.

In aceste condiţii apare evident că trebuie acordată o mai mare atenţie selecţiei şi orientării şcolar-profesionale şi că se impune o activitate continuă şi susţinută atît din partea elevilor cît şi din partea şcolii şi organizaţiilor de tineret astfel încît integrarea învăţămîntului liceal cu practica productivă să conducă, în paralel cu creşterea eficienţei procesului instructiv-educativ, la realizarea socializării elevilor ca expresie a definirii personalităţii la vîrsta adolescenţei.

The thorough investigation, carried out by a complex team under medical, psycho-pedagogical and socio-professional incidence, of some groups of pupils from two Secondary Schools with different profiles — theoretical and industrial — led to significant appreciations upon the formative role of school and the perspectives of the pupills' realisation and socio-professional integration through the integration of high-school education with research and production.

It is thus made evident the significance of the integrated education in the context of an emulation for the favourite profession and in the conditions of a selection and a proper school-professional orientation in the defining of the sketching and maturisation of personality at youth-age.

PROBLEMA TULBURĂRILOR PSIHICE LA COPIL ÎN DINAMICA DEVENIRII SPRE ŞI LA VÎRSTA ADULTA

S. Blumenfeld, G. Simovici
— *Iaşi*

Puţinele investigaţii iniţiate, în ţară şi peste hotare au demonstrat cert cît de interesante şi spectaculoase apar rezultatele unor asemenea operaţii psihocatamnestice. Alături de trasee evolutive mai calme, nu lipsesc treceri surprinzătoare dintr-un spaţiu în altul al psihopatologiei, din nevroze în psihoze, din manifestări disconduitale în psihopatii sau tablouri cu cromatică nevrotică. Vom mai aminti apoi de evoluţia proteiformă a aşa-numitelor psihoze infantile (Klein, Ajuriaguerra) a schizofreniei sau mai ales a afecţiunii maniacodepresive, ascunsă deseori undeva la primii ei paşi, sub masca derutantă a unor tulburări de comportare. Acest neobişnuit potenţial de metamorfoză clinică în evoluţie îşi află explicaţia în caracterul definitoriu al tulburărilor psihice la această vîrstă, exprimat prin rigoare simptomatologică scăzută, frontiere labile, nefinisate; cu flux oricînd posibil între afecţiuni, o urmare greu previzibilă a interacţiunii dintre cei doi factori fundamentali acum în plină desfăşurare: patrimoniul genetic şi climatul psihosocial. Iniţiativele de cercetare psihocatemnestice pe spaţii de timp întinse, nu oferă interes doar de strictă cunoaştere pe plan teoretic ci şi pe făgaş practic, Weltanschaung-ul tematic, lărgind mult posibilităţile de orientare spre o cît mai adecvată elaborare a unui diagnostic şi plan terapeutico-profilactic. Cu regret subliniem existenţa unui număr încă destul de redus al unor astfel de cercetări şi nu cunoaştem pînă-n prezent nici o lucrare de sinteză care să îmbrăţişeze cu curaj, cu exigenţă, acest subiect pe întreaga întindere a suprafeţii sale. Deşi se vorbeşte mereu despre o consacrată legătură între psihiatria copilului şi cea a adultului, fundată pe elemente cardinale, de geneză, concept teoretic, exegeză, organizare, există puncte unde această legătură se frînge. La hotarul celor 16 ani de existenţă umană, la capăt de drum al psihiatriei infantile, se realizează marea „întîlnire“ cu psihiatria adultului, prima însă pentru a preda doar, cealaltă a prelua parcă un repertoriu de obligaţii profesionale, pentru ca fiecare dintre ele apoi să se întoarcă calmă, cu sentimentul exonerării, din nou la postul ei de comandă. Şi astfel pedopsihiatrul riscă să aprecieze „serialul“ unor boli, limitat doar la primele ei episoade, fără a putea percepe sibilinic urmarea, iar psihiatrul adultului, pe drumul invers, să privească un film în secţiuni mediane şi de final, fără a fi asistat ca spectator la secvenţele, uneori atît de fierbinţi, de început de drum. Coacţionarea între cele două discipline trebuie conjugată, credem, cu plasarea prioritară a unor puternice proiectoare de lumină asupra segmentului prim de vîrstă, 0—16 ani, de aici din copilărie, pornind deseori filonul unor boli ce se va prelungi într-o cursă de maraton pe o largă suprafaţă a existenţei. Astfel, se va legitima şi expresia fericită a lui Woodruf, reluată pe teritoriul psihiatriei infantile de Mëlanie Klein: „Copilul este tatăl adultului“. Cele mai multe lucrări tematice, întîlnite în literatură privesc catamneza psihozelor mari ale copilăriei, a arieraţiei de diferite grade ca şi a tablourilor de epilepsie variat vestimentate psihiatric. Parcimonioase apar încă studiile ce urmăresc drumul manifestărilor nevrotice, viitorul psihozelor reactive, după noi cu o influenţă sensibilă asupra rezistenţei psihice, precum şi a altor manifestări clinice a căror devenire proteică apare uneori surprinzătoare, deconcertantă. În acest mod o bună parte din aspectele psihopatologiei infantile se vor pierde sub unghiul de privire al evoluţiei, al supravegherii spre vîrstele viitoare, ceea ce constituie o reală lacună în repertoriul obligaţiilor noastre profesionale. Evident niciodată nu va trebui să ne satisfacă fixarea doar a unui singur moment al evoluţiei după 5—10—15 ani ci şi aspectul detaliat al afecţiunilor de-a lungul întregului traseu străbătut între cele două etape intrate în explorare. Aceste iniţiative ne vor permite să lărgim orizontul de cunoaştere privind itinerarul real, deseori ascuns al unor boli psihice la copil dar, de ce să nu recunoaştem, vor aduce şi posibilitatea evitării pe viitor în limite posibile a unor erori diagnostice în faţa unor tablouri derutante oferite de unele psihoafecţiuni, la primele lor adieri. Iată de ce şi prognoza va deveni labirintică la această vîrstă, o aşezare fermă a acesteia ţinînd seama de necunoscutele ecuaţiei: patrimoniu ereditar şi condiţii ambientale, constituind uneori o autentică aventură, afişînd superficialităţile dacă nu chiar ignoranţă cu potenţial de pericol.

Intr-un studiu recent catamnestic, noi am încercat să urmărim evoluţia diagnostică a unor pacienţi internaţi în secţia de copii între anii 1965—1967, pe o distanţă de timp de peste un deceniu, mai exact pînă în 1980. Menţionăm că este vorba de copii de sex masculin, din județul Iași și care s-au reinternat în cadrul aceluiași spital, de astă dată la vîrsta adultă. Au intrat în observație un număr de 369 subiecți din care ulterior în această situație s-au descoperit 47 bolnavi reprezentînd 12,7%. Cifra nu ni se pare deloc neglijabilă dacă adăugăm aici acel număr mare de bolnavi urmăriți de noi aparținînd altor județe și sexului feminin, precum și subiecții rămași cu evoluție necunoscută și care au refuzat sau nu au mai revenit în spital, ori în același spital. Aici se pot încolona în aprecierea problemei și mulți bolnavi consultați ulterior la nivelul unor policlinici sau acei care stăpîniți încă de prejudecăți triste, ezită noi internări într-un spital de boli mintale din același județ, sau chiar oraș în care locuiesc ei înșiși. Din cele 62 cazuri de *epilepsie* confirmate în serviciul de copii, au revenit 13 subiecți (20,9%). Dintre ei 11 își păstrează diagnosticul, 3 evoluînd grav spre epilepsie cu tulburări psihice. Alte 2 cazuri sînt regăsite în serviciul de adulți cu diagnosticul de psihopatie, un bolnav cu sindrom nevrotic (?), ultimii doi fiind urmăriți în serviciile de adulți timp de 12 ani, avînd mai multe internări (3—4). Referitor la *tulburările nevrotice* (total 80 copii), au evoluat spre și la vîrsta adultă 12 subiecți (15%), dintre care numai 2 au păstrat același diagnostic, restul conturînd alte afecțiuni, dintre care P.M.D. (2 cazuri), schizofrenie (1 caz) și psihopatie (2 cazuri). Encefalopatiile cronice infantile cu 46 subiecți, sînt reprezentate în datele noastre, cu reveniri numai în 4 cazuri (8,7%) purtînd și etichete noi, în 2 cazuri de epilepsie cu tulburări psihice. *Tulburări de comportament* în 36 cazuri au evoluat spre vîrsta adultă într-un număr de 3 cazuri (8,33%). In general, se știe, revenirile cu acest diagnostic sînt puțin frecvente bolnavii respectivi încercînd prin natura manifestărilor psihice alte surse și resurse de intervenție terapică. In cazurile noastre diagnosticele noi au fost pe rînd : etilism, oligofrenie (?) și schizofrenie. *Sechele postencefalitice* cu un total de 17 cazuri oferă la vîrsta adultă, în cele 5 cazuri de revenire (34%) o distribuție largă de diagnostice, de la epilepsie (2 subiecți) pînă la psihopatie epileptoidă (2 cazuri).

Evident, studiul nostru are un caracter limitat. Pe lîngă elementele care-l dirijează se mai adaugă și faptul că e vorba în toate cazurile numai de bolnavi internați, deci cu forme de presupus mai severe. Datele prezentate, chiar și în limitele lor modeste, fără a emite cîtuși de puțin pretenția unei generalizări, ci cu semnificații precis definite, oferă totuși o ocazie în plus a sesiza tabloul evolutiv polimorf pe care-l pot oferi unele psihoafecțiuni ivite în copilărie.

Nu intenționăm acum a da sugestii cu referire la posibilitățile de studii catamnestice care ne stau la dispoziție. Ele sînt unele cunoscute, dar cer evident aprofundare și multă perseverență. Rămînem ferm convinși că setea de cunoașterea va conduce în viitor și pe acest făgaș, la descoperirea unor metode tot mai elocvente, psihiatria infantilă și cea a adultului fiind mereu în așteptarea unor prețioase beneficii.

MODALITĂȚI DE RECUPERARE A EȘECULUI ADAPTATIV ȘCOLAR

N. Cosmovici, Maria Cosmovici
— *Iași*

Cercetările de specialitate întreprinse, mai ales în ultimii cinci ani, atît pe plan mondial, cît și național (București, Cluj, Iași) pun în evidență factorii care intervin în nerealizarea și scăderea randamentului școlar, atît prin precizări terminologice ca : insucces școlar, rămînere în urmă la învățătură, eșec școlar (repetenție, dificultăți școlare de adaptare etc., cît și prin analiza complexă a procesului didactic, pedagogic, descoperindu-se noi forme și modalități de recuperare școlară. Desigur, variațiile constatărilor statistice diferă atît pe plan mondial cît și pe plan național, în funcție de exigențele cercetărilor, instrumentul de investigație, interpretările corelative, dar ceea ce sesizăm este faptul că se manifestă o tendință de creștere a insuccesului școlar, sau cum spunem noi mai adecvat, a riscului de eșec adaptativ școlar, mai ales în ciclul primar (6—10 ani).

Intrucît sîntem considerați printre pionierii unor investigații medico-psiho-pedagogice de amploare în rîndul populației infantilo-juvenile școlare (1969 — „Adolescență și adaptare“) și am sesizat și sensibilizat organele în drept cu privire la factorii de risc adaptativ școlar în municipiul și județul Iași, recomandînd și chiar realizînd efectiv forme didactico-sociale de recuperare școlară, ne vom referi succint la cîteva aspecte esențiale constatative și de perspectivă, prin activitatea comună a laboratoarelor de sănătate mintală și de orientare școlară și profesională din Iași.

Potrivit conceptului bio-psiho-social „dinamic și totodată unitar“ (P. Brânzei) care implică unitatea dialectică a formării și dezvoltării personalității umane, se pot desprinde expozitiv-didactic, trei categorii de factori care periclitează sau defavorizează adaptarea școlară, determinînd riscul de eșec școlar : 1. factori biologici, organici, somatici, medicali-individuali, intrinseci, endogeni etc. care implică o dezvoltare neuropsihică și psiho-somatică deviantă de la normal, pînă la forme patologice grave ; 2. factori psihologici, obiectivi-subiectivi, cu implicații giratorii și perpendiculare, onto-psiho-genetici-longitudinali, cu tulburări de adaptare, în funcție de formarea și dezvoltarea personalității copilului, care suportă influența defavorabilă afectiv-morală ; 3. factorii sociali : economici, familiali, culturali, geo-climatici, adică factori extrinseci, sub nivelul adaptării normale.

Coexistența și preponderența analitică și necircumstanțială a unuia din factorii menționați este structurată în conceptul bio-psiho-social, iar ca formă nozologică și etiologică am denumit-o hipofrenie. Hipofrenia, așa cum am denumit-o în volumul „Adolescență și adaptare“ se referă la „complexitatea interferențelor marginale ale deficiențelor bio-psiho-sociale, concretizate în personalitatea infantilo-juvenilă prin demodulări ideo-afective, volitive și de conduită, ce determină o insuficientă capacitate adaptativ-integrativă la condițiile de mediu social și care se plasează prin planul său cognitiv „în zona incertă dintre oligofrenie și integritate mintală“ zonă definită convențional „intelect de limită sau insuficiență mintală“. Psihodiagnosticul de hipofrenie a fost elaborat încă din 1970 pe baza investigării în totalitate a elevilor din clasa a VIII-a (orașul Iași, 10 comune ale județului, orașul Vaslui) din care a reieșit un procent de 25% școlari hipofreni. Ținem să precizăm că psihodiagnosticul de hiprofrenie, potrivit factorilor dominanți este recuperabil școlar și social, cu atît mai mult cu cît depistarea și dispensarizarea activă se efectuează de la vîrsta preșcolară, mai precis grupa mare și clasa I-a (5—7 ani).

Începînd cercetarea în 1972 pentru realizarea unui instrumentar medico-psiho-pedagogic adecvat vîrstelor mici (5—7 ani) pe populația din municipiul și județul Iași, am procedat mai întîi la investigarea în totalitate a copiilor de 6 ani din municipiul Iași și apoi diferențiat pe eșantioane sugerate de învățători pentru copiii cu dificultăți de învățare, cuprinzînd și un eșantion din mediul rural (634 copii clasa I-a) .

Rezultatele constatate în anul școlar 1975/1976 pentru copiii de 6 ani din orașul Iași, indică un procent crescut de 25% cu risc adaptativ școlar, iar în mediul rural procentajul se dublează.

În anul școlar 1976/1977 în cartierul Alexandru cel Bun au funcționat, din inițiativa L.S.M. grupe de stimulare psiho-pedagogică intensivă cu o eficiență remarcabilă ; peste 50% din copiii care prezentau risc de eșec școlar fiind recuperați. Cu sprijinul organelor locale aceste grupe au funcționat în cadrul școlii de masă, copiii primind masă și avînd asigurat somnul de după-amiază.

Examinările din anul școlar 1977/1978 la copiii preșcolari (grupa mare) relevă că în urma trierii comisiei de diagnostic județene din cei 13,2% copii cu deficit hipofrenic au fost amînați de la școală cu un an, 5,5% (250 copii).

Pentru clasa I-a a aceluiași an școlar din 9% copii hipofreni, numai 2,7% prezentau riscuri grave de dezadaptare școlară la interferență cu debilitatea mintală. În județ procentajul se triplează (9—10%).

Pe baza studiilor din anul școlar 1978/1979 a L.S.M. și L.O.S.P., Inspectoratul școlar județean Iași, prin intermediul Ministerului Educației și Învățămîntului a realizat 10 clase de recuperare didactică, respectiv 8 clase I-a și 2 clase a V-a cu un efectiv de 15—20 elevi într-o clasă. Sondajele de estimație investigativă, atestă că mai mult de jumătate din elevii acestor clase sînt recuperabili școlar, trecînd în învățămîntul normal. Înființarea claselor funcționale de recuperare didactică în municipiul și județul Iași o considerăm forma cea mai eficace de recuperare școlar socială, pentru copiii care prezintă simptomatologie hipofrenică.

Menționăm că prin „simptomatologie hipofrenică“ delimităm patologia mintală clinică — oligofrenie (idiot, imbecil, debil mintal — ca structurare aberantă genetică) — de normalitatea accesibilă școlarizării în clasa a I-a, la vîrsta de 6 ani (în anul curent școlarizabil — 15 septembrie, deși șansele bio-psiho-sociale sînt diferențiate cronologic și epistemo-social).

Prin „simptomatologie hipofrenică“ sau „hipofrenie“ cu determinările semantic-nozologice, noi includem printre alte simptome și următoarele terminologii : întîrziere în dezvoltarea intelectuală ; întîrzierea în dezvoltarea psihică (temporară și subculturală) ; intelect liminar (intelect de limită) ; intelect lacunar ; intelect inegal dezvoltat ; intelect lent în gîndire ; imaturitate afectivă ; instabilitate pronunțată psiho-motorie ; intelect emotiv-inhibabil ; tulburări de comportament cu și fără diagnostic asociat ; întîrziere școlară ; întîrziere pedagogică ; handicap școlar ; handicap psihic ; insucces la învățătură ; eșec școlar ; rămînere în urmă la învățătură ; dificultăți școlare ; conflicte școlare ; submediocritate ; tulburări de vorbire cu și fără diagnostic asociat ; inegalitatea randamentului școlar (obiecte sau discipline școlare nepreferate sau retardate prin neexerciții) ; pseudodebilitatea mintală ; dezvoltare inegală școlară (disgrafii, dislexii, discalculii, disostografii) ; intelect de graniță. Se sesizează că criteriul de apreciere diagnostică este activitatea școlară nesatisfăcătoare sau anumite alte particularități, dar fără aprecieri asupra evoluției structural mintale longitudinal. Fără a patologiza, printre alte simptome ale hipofreniei mai menționăm : înapoiere mintală ; retardare mintală ; ariereație mintală ; cerebrostenie, bradipsihie, bradilalie ; dezvoltări dezarmonice de personalitate (hiperkinetic excitabil, agitație psiho-motorie, hiperemotivitate etc.).

Desigur determinările de profil individual (anamnestic și prezent) sînt mult mai bogate în configurarea psihodiagnosticului hipofrenic funcțional.

Cercetările din anul școlar 1978/1979 pentru clasa I-a și grupa mare preșcolară, confirmă eficacitatea claselor de recuperare didactică cu amendamentele concluzive respective, interesînd direct organele de resort din Ministerul educației și învățămîntului, Ministerul sănătății și Ministerul Muncii.

Întrucît concluziile acestei comunicări nu se mai pretează la asocieri teoretico-proiective, ci dimpotrivă la acțiune de recuperare medico-școlar-socială și eficacitate profesională, potrivit particularităților municipiului și județului Iași reies următoarele itinerarii de investigație ; activitate, realizare și eficiență umană infantilo-juvenilă.

1. Realizîndu-se instrumentarul psihopedagogic de investigație școlară și întrucît examinarea la nivelul municipiului Iași s-a efectuat, se extinde investigația și la nivelul județului (85 comune) pentru copiii de 5—7 ani : grupa mare preșcolară și clasa I-a care prezintă risc de eșec adaptativ școlar. Această examinare este posibilă pe baza informațiilor preliminare asupra copiilor de 4—10 ani, întrunite într-un „screening“ care este completat de către educatoare, învățători, medicii și asistentele medicale din comună cuprinzînd toate tipurile de deficiențe ce pot periclita adaptarea șco-

lară. Obținînd informațiile statistic și nominal echipa interdisciplinară în anumite forme de organizare, se deplasează în comune pentru examinări de specialitate și recomandări de rezolvare a cazurilor patologice, orientîndu-le către școlile de profil, atît ale M.E.I. a M.M. Totodată se vor rezolva și problemele „amînării școlare" pentru clasa I-a.

3. Pentru fiecare copil cuprins în clasa de recuperare didactică se consemnează sistematic progresele școlare de către învățători, dar și de alți specialiști care examinează copiii problemă, într-un *caiet de asistență medico-psiho-pedagogică* individual, care să constitue un document școlar oficial.

4. Avînd în vedere examinarea claselor a VIII-a din municipiul Iași și pe cît posibil a celor din județ, realizată de L.O.S.P. și L.S.M., din care reiese preliminar un procentaj de 20—25% elevi cu simptomatologie hipofrenică propunem M.M. și organelor locale studierea posibilităților de calificare profesională, în funcție de necesități, pentru unele categorii de elevi care termină clasa a VIII-a, sub forma uceniciei la locul de muncă.

5. Ținînd seama de faptul de necontestat că trebuie „să se folosească mijloacele și formele de educație cele mai cuprinzătoare"... pentru a-i ajuta pe toți copiii să-și însușească cunoștințele corespunzătoare, de a fi cuprins într-o formă de școlarizare — chiar dacă învață mai greu sau prezintă anumite dificultăți de a învăța — obligatoriu este ca fiecare copil să fie cuprins într-o formă de școlarizare.

6. Pe baza constatărilor noastre de depistare și dispensarizare activă a copilului handicapat psihic (cu simptomatologie hipofrenică) și de școlarizare corespunzătoare, propunem : a — înființarea unei *grădinițe „psiho-educative"*, cu orar săptămînal pentru copiii amînați cu un an de la școlarizare dar și pentru cei din grupa mare care prezintă risc adaptativ școlar în municipiul Iași ; b — pentru copiii cu tulburări de vorbire și diagnostic asociat (simptomatologie hipofrenică) între 5 și 10 ani, din județul Iași, să se realizeze un *„Staționar psiho-logopedic"* în cadrul Casei de copii pentru tratament adecvat și școlarizare ; c — formarea *claselor funcționale de recuperare didactică*, în cadrul școlii primare, atît în municipiul cît și în județul Iași ; d — este necesar să se formeze o *școală stație pilot* cu clase funcționale de recuperare didactică (un număr de 8—10 clase I-a în localul școlii primare nr. 1 Iași, pentru a se urmări și cerceta îndeaproape formele și metodele cele mai adecvate care se pretează pentru obținerea progresului școlar și recuperarea psiho-socială a copiilor handicapați psihic (cu simptomatologie hipofrenică).

Aceste obiective realizate și în curs de realizare de către L.S.M. și L.O.S.P. prin activitatea echipei interdisciplinare care cuprinde : medici, psihologi, logopezi, defectologi, educatoare, învățători, profesori, asistente medicale, organizații ale tineretului și organe ale puterii locale de stat.

Convinși fiind că școala constituie unul din factorii structurali și fundamentali a pregătirii tineretului pentru muncă și viață, considerăm că echipa interdisciplinară împreună cu toate categoriile de cadre didactice are misiunea de a promova sănătatea mintală, de a contribui activ la recuperarea școlară, pentru a se evita pe cît posibil riscurile de eșec adaptativ școlar.

DESPRE ASPIRAȚIILE PROFESIONALE LA COPIII CĂMINIZAȚI

Gh. Scripcaru, V. Mihăescu, T. Ciornea, Gh. Drăghici, Maria Nicorici, Angela Bratu

— *Iași*

Înfățișăm în prezenta lucrare cîteva dintre constatările făcute cu prilejul unui studiu privind comportamentul copiilor căminizați din județul Neamț. Ne vom opri asupra unui aspect, anume cel privind aspirațiile profesionale, din mai multe considerente. Enumerăm : aspirațiile profesionale ne relevă un mod de structurare a viitoarei personalități (de exemplu orientarea, cu precădere, spre lume sau spre sine) ; aspirațiile profesionale ne indică modul în care se va face integrarea tînărului de mai tîrziu în societate și pe care resorturi ale motivației, și dacă această integrare va corespunde nivelului de așteptări caracteristic atît individului cît și societății ; aspirațiile profesionale subliniază eficiența modelului educațional ; aspirațiile profesionale sugerează tendința de devianță.

Au fost investigați un număr de 76 elevi din care 47 băieți și 29 fete (cl. a VIII-a), aflați deja în fața opțiunilor profesionale (14—16 ani), la vîrsta căutării viitorului loc pe care îl vor ocupa în societate.

		MEDIU					
Sex	Nr.	Rural	%	Urban	%	Creșă	%
B	47	35	74,46	9	19,16	3	6,38
F	29	18	62,08	11	37,97	—	—
Total	76	53	69,73	20	26,31	3	3,86

S-a cerut copiilor să răspundă în scris și să motiveze „de ce ?" la întrebarea „Ce meserie dorești să practici după terminarea școlii ?". Opțiunile profesionale au fost specifice sexelor, fetele optînd mai ales pentru profesiile de croitoreasă și laborant-chimist, iar băieții pentru meseriile de mecanic-auto, șofer, electrician. Am putut remarca faptul că din totalul numărului de copii investigați doar 14,47% (12,24 fete și 12,27 băieți) vor ca după terminarea școlii să îmbrățișeze o meserie care implică studii superioare. Pentru aceşti copii însă meseria este văzută ca un mod de participare conştientă la viaţa altora (cum vom arăta mai tîrziu cînd vom comenta motivaţia opţiunii profesionale). Acest lucru nu înseamnă că din punct de vedere psihologic ei sînt mai armonic structuraţi, cu o egală deschidere spre sine şi alţii. Frustraţi afectiv, rezultatele examenului psihologic au relevat raporturi interpersonale relativ slabe (ca intensitate, frecvenţă, durată), la testul sociometric.

În ceea ce priveşte motivaţia opţiunii profesionale lucrul care ne-a frapat de la început a fost aspectul ei inedit.

Majoritatea apreciau meseria pentru care optau ca fiind frumoasă şi bănoasă. Din discuţiile individuale purtate nu a rezultat cu claritate ce înţelegeau prin frumoasă, ei neavînd reprezentat „frumosul" meseriei. Pentru băieţi frumuseţea consta în foarte puţine cazuri, în prestigiul şi importanţa dată de uniformă în instituţie, sau în ajutorul acordat altora de a deveni, a se instrui. Într-un singur caz, cînd profesia aleasă a fost „marinar", se motiva dorinţa de călătorie şi cunoaştere a altor locuri, iar în patru cazuri opţiunea s-a făcut pe principiul exemplului din familie. Pentru fete frumuseţea se concretiza în aprecierea rezultatului muncii lor (cusut, ţesut), în condiţiile viitoarei munci (curăţenie, linişte), în ajutorul acordat altora. Comparativ cu băieţii putem spune că motivaţiile opţionale ale fetelor pe criteriul „frumuseţea profesiei" sînt mai bine reprezentate. Pentru a vedea cum se concretizează motivul „bănos" în sistemul motivaţional al copiilor investigaţi, a fost aplicat *„testul omului"* (variantă) prin care se cerea ca fiecare să se aprecieze cum va fi în viitor. În majoritatea cazurilor în afară de vestimentaţie cu elemente ornamentale (desigur, pe un alt plan „ieşirea" din criselidă-uniforma) apăreau : maşina, blocul. Deci nu profesia în sine, ci avantajele pe care le aduce ea, avantaje în primul rînd de ordin material. Atunci înseamnă că „a avea" primează lui „a fi", fără ca subiecţii în cauză să-şi cunoască resursele aptitudinale. Rezultă că integrarea tînărului s-ar putea să nu se realizeze la nivelul „aşteptărilor" societăţii. De aici rezultă însă clar că dacă aspiraţiile profesionale sînt într-o mare măsură rodul dirijării individului de către societate prin simboluri, semne, prospecte, reclamă, mică publicitate etc., nu este mai puţin adevărat că şcolii îi revine un rol la fel de important. Dar nu numai în cursul procesului de învăţămînt. Mai ales în şcolile de tip cămin este absolut necesar laboratorul sau cabinetul şcolar de orientare profesională. Căci, prin intermediul acestor laboratoare sau cabinete, orientarea profesională s-ar face printr-o justă apreciere a aptitudinilor necesare unui anume tip de profesie şi printr-o raţionalizare a motivaţiei care să privească realizarea, împlinirea personalităţii viitorului muncitor, şofer, ţesător etc., şi să îndepărteze pericolul mutilării ei. Sigur, este dificil a face orientare şcolară şi profesională la o vîrstă cînd motivele sînt extrinseci şi ţin de o reglare a comportamentului privind independenţa şi prestigiul. Cum însă putem aprecia în alt fel eficienţa modelului educaţional decît prin opţiunile profesionale ? Pe de altă parte o investigare de profunzime a trăsăturilor de personalitate ce vor caracteriza viitorul tînăr, sublinierea factorilor pulsionali care dau o anumită coloratură motivaţiei este absolut necesară. Fiindcă este foarte posibil ca o aptitudine în viitor să fie surmontată de o pulsiune foarte dinamică cu o direcţie opusă pulsiunii complementare, ceea ce ar face imposibilă (sau deficitară) practicarea profesiei alese. Insistăm asupra necesităţii laboratorului şcolar de orientare profesională ca urmare a faptului că ni se pare, la şcolile de copii căminizaţi, orientarea profesională este deficitară.

Spuneam că prin intermediul opţiunilor profesionale (a aspiraţiilor profesionale) putem prevedea un anumit grad de devianţă. Noi nu am elaborat un asemenea chestionar care să ne pună la dispoziţie un mod de cuantificare a aspiraţiei pe direcţia deviaţiei. Aprecierile noastre ţin de motivaţie şi de stil de muncă. Faptul că numai 14,47% din copii investigaţi (12,76% băieţi şi 17,24% fete) optează pentru o profesie care implică învăţămîntul superior, deci un efort de cunoaştere şi de autodepăşire permanentă, evidenţiază că nu la toţi s-au pus bazele unui stil de muncă adecvat care presupune modelarea trăsăturilor volitive şi de caracter, interiorizarea „obstacolelor", învăţarea unor procedee simple de apreciere şi autoapreciere etc. Tendinţa de devianţă o considerăm a fi mai accentuată la copii care au motivat opţiunea profesională prin „bănoasă şi uşoară". De altfel, din lotul investigat, dintre cei care au motivat „bănoasă şi uşoară" unii au săvîrşit deja infracţiuni : furturi, vagabondaj. Sigur, nu putem generaliza, sînt puţini, însă astfel de motivaţii, pînă la o investigare a cauzelor şi modalităţilor de săvîrşire a unor fapte reprobabile care să marcheze, prin consecinţele lor nefavorabile, destinul unor adolescenţi, şi aşa handicapaţi prin statutul lor, constituie o avertizare.

Din scurtele noastre consideraţii credem că a rezultat cu claritate faptul că în studiul comportamentului la copii căminizaţi, aspiraţiile profesionale joacă un rol deloc neglijabil.

After investigating the professional aspirations of a group of seventy-six children living in boarding-schools, the authors estimate that these aspirations play an important part not only in structuring the behaviour. The professional aspirations, through their motivation, point out by what means the future young man will integrate in society, how efficient the educational system is and if a tendency of deviation can be noted. The authors consider that the study of the professional aspirations with the children living in boarding-schools, is one of the most important ways of researching the conduct perturbation.

PROBLEME DE READAPTARE LA COPIII CU REACŢII PSIHOGENE, GENERATE DE STĂRI TENSIONALE ÎN MEDIUL ŞCOLAR

Elena Lupaşcu, I. Gavrilă, Eugenia Volvoreanu
— Craiova

Cazurile care fac obiectul discuţiei noastre se referă la nevrozele copilului provocate de stări tensionale în mediul şcolar şi chiar în colectivităţile de preşcolari datorită unor atitudini nepedagogice ale unor educatori.

Dintr-un număr de 64 de cazuri depistate şi urmărite la început, abia jumătate (31) pot fi considerate adevărate „didactogenii". Restul de 33 au fost eliminate pe măsură ce s-a făcut confruntarea între afirmaţiile părinţilor şi ancheta socială efectuată în şcoală şi în familie, cît şi profilul psihologic al pedagogului vizat.

Cele 31 cazuri puse în discuţie se referă la nevroze specifice perioadei copilăriei, mai puţin pubertăţii şi deloc adolescenţei.

Astfel dacă ne referim la vîrsta de debut a bolii se observă că predomină vîrsta între 6—12 ani (62%) şi cele mai multe cazuri se întîlnesc la băieţi (68%). Predomină nevrozele mixte şi în ordinea frecvenţei se întîlnesc : enurezisul nocturn şi diurn reactiv, pavorul nocturn, ticurile, mutismul electiv, logonevrozele şi sindromul asteno-nevrotic. Aproape toţi aceşti copii provin din familii organizate (96,9%) şi la care psihotrauma, aşa cum aminteam încă de la început, s-ar datora unor factori stressanţi în mediul şcolar ; în 61% din cazuri fiind vorba de învăţători, 26% educatori din colectivităţile de preşcolari şi 4% profesori.

Dacă ne referim la terenul pe care a acţionat psihotrauma se constată că în 58% din cazuri se întîlnesc modificări ale personalităţii ca : instabilitate psihomotorie, emotivitate crescută, anxietate marcată, manifestări schizoide, paranoide, etc. (aşa cum reies din testările psihologice proiective).

Dacă la acestea mai adăugăm şi faptul că în 87,2% cazuri se întîlneşte şi un intelect liminar atunci putem avea un tablou mai complet al structurii psihice al celor analizaţi.

Comentariul asupra stărilor tensionale din mediul şcolar ar putea pune într-o lumină mai puţin favorabilă actul educaţional în sine, dar nu asupra acestuia am vrea noi să insistăm, motivul aducerii în discuţie a fost altul şi anume acela că unii copii care ajung în faţa pedopsihiatrului ar fi scutiţi de aceasta, dacă pedagogii s-ar gîndi măcar că atitudinea lor în unele cazuri ar genera o afecţiune psihică mai mult sau mai puţin trecătoare.

Afecţiunile nevrotice de origine didactogenă întîlnite, se referă la acele cazuri în care copiii au cu precădere un intelect normal dar slab sau un intelect liminar şi emotivitate crescută.

Deci se poate spune că didactogeniile se recrutează dintre acei copii faţă de care pedagogul ar trebui să folosească metode speciale pentru a-i face să ţină pasul cu cei de vîrsta lor. Deobicei însă faţă de aceştia sînt folosite metodele cele mai nepedagogice, sînt cei cărora pedagogii li se adresează cu formulări ironice şi jignitoare cu efect frustrant asupra copiilor, dezvoltîndu-le şi întărindu-le atitudinile de ezitare şi opoziţie. Aprecierea negativă a profesorilor, făcută de obicei în faţa clasei, este acceptată de elev, datorită prestigiului educatorului şi această notă de inferioritate se fixează în conştiinţa copilului, dînd naştere la ceea ce unii psihologi numesc „sindrom de descurajare".

Prin intermediul asistentelor de ocrotire am luat legătura cu şcoala, cu pedagogul respectiv, căutînd să influenţăm pozitiv atitudinea acestuia faţă de copii. Tratamentul medicamentos şi cel psihoterapic aplicat au reuşit să estompeze sau chiar să şteargă simptomele apărute atunci cînd şi pedagogul se lăsa condus de indicaţiile noastre. În destule cazuri însă, ne-am lovit de atitudinea refractară a pedagogului şi aici a fost necesară scoaterea copilului din colectivitate şi mutarea lui la un alt pedagog după care s-a obţinut o ameliorare importantă a simptomelor existente.

Cu această ocazie ne-am dat seama de lacunele în activitatea noastră de prevenire a unor afecţiuni psihice, datorită lipsei de colaborare directă cu educatorii din colectivităţile de preşcolari şi cu pedagogii în special al celor din ciclul elementar, pentru a depista cît mai precoce aceste cazuri.

Concluzionînd cele discutate pînă acum, în cazul didactogeniilor nu putem influenţa instruirea propriuzisă a pedagogilor care se face la un nivel mai puţin accesibil nouă, ceea ce însă putem influenţa, este atitudinea lor faţă de unii copii care sînt mai puţin dotaţi ca intelect sau care au trăsături de personalitate în care predomină : labilitatea emoţională, anxietatea timiditatea, instabilitatea, etc.

Dar ca să-i putem ajuta pe aceşti copii trebuie să-i cunoaştem, să-i depistăm înainte ca atitudinea negativă a educatorului să fi creat modificări patologice în comportamentul lor.

Descinderea în şcoli şi grădiniţe a medicului pedopsihiatru, a psihologilor, a cadrelor medii de teren (asistente cu probleme sociale şi de ocrotire) ar reuşi să juguleze apariţia unor astfel de cazuri.

În felul acesta, treptat se poate schimba şi opinia unor pedagogi, mai puţin avizaţi în probleme de psihologie a copilului, asupra metodelor pe care trebuie să le folosească faţă de copiii cu un oarecare handicap psihic, să-i facem să înţeleagă ce înseamnă „metode pedagogice speciale" atunci cînd pedopsihiatrul o cere.

Ajutorul pe care îl aşteaptă aceşti copii de la educatorii lor din şcoli, nu va veni decît după ce aceste opinii vor deveni favorabile lor.

Stă în puterea noastră ca să schimbăm aceste opinii demonstrîndu-le că şi astfel de copii ca şi normalii pot deveni utili societăţii cu condiţia ca să fie recuperaţi printr-o readaptare şcolară cît mai completă.

Under the action of some negative educational factors from educational field some neurotic reactions arise generally to the children between 6—12 years and especially to those having some psychic handicap (limited brains and disordess in emotional sphere).

Both psychoterapic and chemioterapic treatment of the children and the change of the educators' opinion concerning the recovery possibilities of these children graw their educational readaptation capability.

CU PRIVIRE LA LIMITELE POTENȚIALULUI DE ASISTENȚA PSIHO-SOCIALĂ ÎN FAMILIILE COPIILOR CU TULBURĂRI PSIHICE

S. Blumenfeld, Aspazia Langa
— Iași

Vom prezenta în cele de mai jos cîteva observații și sugestii pe marginea unei existențe profesionale trăite de-a lungul a aproape patru decenii, de cînd unul din noi ucenicește pe acest șantier de descifrare a psihopatologiei copilului. Dimensionarea obiectivă a limitelor de intervenție, rămîne după noi, în continuare, o grea problemă cu deschideri largi diverselor opinii, a căror consonanță se oprește pentru moment, doar la recunoașterea caracterului ei de complexitate. Evident, limite există, dar o așezare riguroasă în scheme și tipare fixe, matematice, ar constitui cu siguranță o utopie. Terenul, experiența practică, ne demonstrează cît e de greu a anticipa sibilinic o frontieră pe un făgaș, în care întîlnirea cu neprevăzutul nu mai constituie de mult o surpriză. Practic, limitele acestui potențial de intervenție sînt mai înguste sau dimpotrivă mai generoase, condiționate în primul rînd de caracterul bolii copilului, cu val de implicații posibile, precum și de cel al familiei, supusă și ea deseori influenței unei game largi de trăiri conjuncturale. Nu vom omite nici factorul terț, acel al valorii echipei de asistență, cu virtuți, dar și uneori cu structuri compoziționale ce pot naște grele probleme. Ca și în gestul educativ și în acest domeniu se simte necesară confluența dintre știință, bun simț și măiestrie. Am putea cu îndrăzneală să reducem aici trioul de atribute doar la unul singur, acel al științei, la o știință însă, în al cărei conținut, dincolo de tehnici și metode savante, de legi și decizii reglementate, să stăruie vibrația puternică a ultimilor două, adînc încrestate la temelia ei. Dacă eficiența uneori a potențialului de intervenție ne apare încă parcimonioasă, acest lucru se datorește în parte și lipsei de căldură, de interes scăzut în activitatea echipei de teren, care cedează primatul profesional discuțiilor reci, superficiale, suborientate în locul unei activități de foraj în profunzime, sinceră și autoexigentă. O prezență uscată, neprincipială, nu poate duce decît la rezultate reci, fără stabilitate, cel mult mediocre. În sfera psihiatriei infantile, acest fenomen capătă semnificații deosebite prin prezența aici a unor determinanțe psihologice și de ambianță care îi vor conferi legitim titulatura de cea mai medicosocială dintre ramurile medicinii. Pedopsihiatrii știu că nici o intervenție psihosocioterapică în teren, nu poate aspira la cote valorice de altitudine, decît numai prin aplecarea sinceră, la suferința copilului și la problemele familiei sale. Poate să pară unora un loc comun, un fapt banal, noi credem însă că o asemenea acțiune, nu se poate opera la rece, din pură curiozitate științifică, într-un trist pustiu de sentimente. E nevoie și de o mișcare din inimă. Evident, a centra totul numai pe potențialul afectiv ar fi excesiv, dar a-l considera pe acesta neglijabil, accesoriu, ar deveni infinit și mai grav. Cine nu iubește copilul și nu știe cuceri sufletul mamei îndeosebi, în a înțelege și urma cu convingere pe tot parcursul său un plan de asistență indicat, nu va deveni un specialist de valoare al echipei de asistență pedopsihiatrică. Alături de familii care acordă soluții fragile, imature, lipsite de competență, unor situații mai dificile, există, nu putem uita, numeroase altele, care manifestă o autentică foame de afecțiune, o dorință vie de a se lipi confesiv de sufletul cuiva în situațiile devenite direct dramatice în care trăiesc. Cercetători ca Lebovici, Diatkin, Ackermann, Epstein și Bihop, la noi Ionescu, Oancea în lucrări de înaltă ținută, s-au oprit cu interes asupra psihoterapiei în familie. Se discută însă mai puțin problema unor limite de intervenție în acest domeniu. Azi întîlnim destul de frecvent familii care refuză riguros gestul unor intervenții din afară. Respingerea apare uneori categorică sau cel puțin vizibilă, urmărind maniera lor dezinteresată în cadrul dialogului, considerînd totul o ingerință inacceptabilă. Dacă în fața medicamentului, familia se prosternează, sacralizîndu-l, convinsă fiind că poate rezolva integral orice ecuație, inclusiv psihopatologia cu punct de plecare din propria celulă socială, ea nu va asimila tot atît de ușor ideea unei culpe personale și nu va recunoaște, deseori, un asemenea adevăr nici în cadrul unui dialog purtat cu tact, dar demonstrativ. În asemenea situații, sistăm intervenția, considerînd acțiunile noastre fără succes ? Încercăm deblocarea prin acționarea altor metode, considerînd prima intervenție insuficient pregătită pe toată suprafața de contact cu familia ? La un sondaj de opinii, 6 din cei 9 medici psihiatri intervievați de noi, văd necesară sistarea, evitînd animozitatea din partea mediului parental, restul de 3 cred că o echipă bine sudată, după o analiză amplă a cazului își orientează strategia de abordare cu tactul și suplețea adecvată fără a părăsi arena. O bună echipă trebuie și poate să descopere diferențial cheia cu care să deschidă sufletul ferecat al mamei. Un eșec, o ratare, va reflecta insuficienta apreciere a punctelor vulnerabile posibile, o organizare a planului de acțiune nemulată perfect pe toți termenii ecuației respective. Noi credem că apropiindu-ne cu grijă, cu calm și răbdare de suferința părinților, ascultîndu-i cu interes în tot ceea ce doresc să exprime, manifestînd încredere în resursele lor psihice, acordîndu-le uneori chiar calități pe care nu le demonstrează întotdeauna integral în realitate, văzînd în ei ființe înzestrate cu largi rezerve de înțelegere, un sprijin perfect, inteligent și suplu în a îndeplini cele necesare, cu această pregătire psihologică putem realiza uneori o permeabilizare a familiei, char în cazurile foarte rezistente, o solidă integrare a părinților în relația indispensabilă : echipa de intervenție — familie—pacient. Sudarea rezultatelor urmează a o realiza însă medicul, părinții văzînd în el singura persoană care poate readuce în final sănătatea copilului lor suferind. Intr-un sondaj de opinie pe un număr de 97 familii citadine cu copii bolnavi psihic (73 mame şi 24 taţi) referitor la felul cum privesc limitele şi mai ales eficienţa unei intervenţii în cadrul unor afecţiuni cu izvor cauzal în mediul parental, răspunsurile au fost dominate de suspiciune în 47 cazuri, în 23 chiar de totală negare, în ultimile 27 situaţii, unde încercări de asistenţă medicamentoasă au eşuat, urcînd disperarea dincolo de pragul de toleranţă, părinţii ajung a crede în orice, în aşteptarea febrilă a unor rezultate dorite. Cifrele de mai sus oferă evident doar o relativă informare privind condiţia psihologică în faţa asistenţei psihosocioterapice în familie. Folosind în primele 70 cazuri rebele la intervenţii externe, substanţe psihotrope necunoscute pînă-n acel moment sau chiar uneori direct cu placebo, gestul a întărit mult încrederea permiţînd curs liber şi intervenţiei noastre psihosociale, indispensabile, considerate pînă atunci inutilă, o nedorită imixtiune. Aceeaşi întrebare tematică pusă unui număr de 31 intelectuali, demonstrează că 24 din ei, văd limitele posibilităţilor de intervenţie pînă la atingerea punctului extrem de toleranţă, dincolo de care orice efort devine insuportabil. Restul de 7 subiecţi cred că pentru o echipă de lucru experimentată nu trebuie să figureze asemenea eşecuri. Inteligenţa, luciditatea în discernerea fină a situaţiilor, căldura umană şi intuirea corectă a psihologiei familiei, sînt piese grele cu care orice citadelă poate fi cucerită. Deşi din datele sondajului rezultă o importantă opţiune în favoarea libertăţii familiei în a-şi rezolva punctul ei de vedere chiar sub emblema inaderenţei, noi credem că maniera de a privi situaţiile adesea dezarmant, inoperabil, sînt întîlnite încă prea frecvent. Închinarea în faţa unui destin aşa-zis implacabil, luări de poziţii care reflectă mai curînd o vizibilă comoditate, ataşament scăzut şi reţinere în faţa unui efort în plus, rămîn atitudini ce incumbă culpabilitate. Mentalitatea societăţii trebuie schimbată fără precipitare. Va trebui, împreună cu factori direct implicaţi, să învăţăm lumea cum trebuie să trăiască mai ales în oraşe, azi cu populaţie nouă, în blocuri, în microgrupuri, cum să privească munca lor, a altora şi mai ales să ştie a creşte copiii în noile condiţii de existenţă, cu dragoste dar şi cu autoritate, cu prezenţa sporită în mijlocul lor şi cu o apreciere mai justă, mai ştiinţifică a actului educativ mulat mereu pe datele însuşite ale psihologiei stadiale. Familii tinere disociate sau slab închegate, copii unici, absenţa din diferite motive a posibilităţilor educative, ignoranţa, criza de timp şi atîtea altele, sînt ecuaţii cu termeni complexi, care nesoluţionate, în numeroase cazuri, pot genera suferinţa mintală a copiilor. Din 114 subiecţi adulţi chestionaţi, 68 sînt încă surprinşi de absenţa medicamentelor în măsură să rezolve toate îmbolnăvirile copilului indiferent de natura lor. Este regretabil, afirmă ei, că la ora prezentului rezistă încă boli în faţa resurselor medicinii. 24 subiecţi au rudimentare cunoştinţe: T.C., muncitor, 32 ani — „Aud vorbindu-se foarte mult despre nevroze, asemănător unei gripe, probabil şi ele sînt date de microbi", iar tulburările de comportare sînt văzute ca datorate căderilor în copilărie, accelerării în creştere şi nu de factori familiali, şcolari într-o mare proporţie. Spaţiul restrîns, desigur, nu ne permite a discuta limitele potenţialului de asistenţă în familie, în funcţie de atîtea elemente cu referire la copilul bolnav: vîrstă, sex, copil unic sau fratrie numeroasă; de boala lui: a) epilepsie — unde se cere discreţie şi controlul tenace al aplicării multivalente a terapiei. Survin aici deseori momente critice de oboseală în peste 30% cazuri cu blocarea fluenţei tratamentului; b) psihoze — unde se aşteaptă cu înfrigurare noutăţile salvatoare, echipa interpretînd un rol de prim-plan, pînă în a deveni un puternic suport moral al familiei la care se apelează cald în momentele grele ale evoluţiei bolii. c) encefalopatii — unde receptivitatea asistenţei echipei cunoaşte limite largi, mai ales în condiţiile nefaste ale copilului unic, situaţie care dramatizează profund existenţa părinţilor; d) tulburări de comportament, şi afecţiuni nevrotice — unde receptivitatea apare în limite restrînse. Se invocă criza de timp (cca. 60% din cazuri) şi se recunoaşte necesitatea de a rămîne mai des şi mai îndelung în apropierea copiilor cu instaurarea unui regim de zi profilat pe caracterul tabloului clinic al acestora. Turele inverse de lucru la care se recurge atît de des nu oferă în toate cazurile rezultatele dorite. Survin uneori stiluri deosebite de comportament educativ din partea grupului parental ce pot deconcerta uşor copilul. Cît priveşte bunicii, sînt deseori dispuşi la supraprotecţie, educaţie fără autoritate, libertate fără limite. În acest domeniu al tulburărilor de comportament şi al nevrozelor infantile, apar dificultăţi mari în munca echipei, limitele potenţialului oscilînd mult pe acest teren, adevărat nisip mişcător, impunînd calm, înţelegere şi bun simţ: „Nici o tehnică nu va putea înlocui această genialitate a bunului simţ, contemporan cu o certă umanitate şi o permanentă vigilenţă în modalitatea de acţionare asupra omului", sînt frumoasele cuvinte exprimate la acest punct de Eliane Amado Levy-Valensi. Şi mai departe există limite ale potenţialului de intervenţie în funcţie de aspectul familiei: organizată sau disociată, de intelectuali sau muncitori industriali, navetişti sau stabili, citadini sau ţărani, părinţi în producţie, sănătoşi sau bolnavi (etilici, nevrotici, psihopaţi etc.). Sînt aspecte doar enunţate care invită la reflexie, ele conţinînd elemente sensibile ce pot diferenţia uneori în mod particular aspectul potenţialului de intervenţie. Azi, problemele de asistenţă au devenit mai complexe şi mai numeroase, au alte structuri etiologice faţă de cele prezentate în trecut, doar în urmă cu două decenii. Limitele sînt acum altele, se simte din ce în ce mai pregnant că intervenţia psihosocială în familie, în cadrul îmbolnăvirii psihice a copilului, prezintă semnificaţii definitorii. Dinamica demografică, transformarea radicală a condiţiilor de existenţă a familiei, cu alt statut şi rol social, cu altă fluenţă a procesului de adaptare—integrare, în atîtea variante posibile, schimbă şi corectează mereu înscrierea pe orbită a sarcinilor de influenţare psihosocială, mînuind azi strategii şi puteri de decizii schimbate. Rămîn evident limitate intervenţiile echipei în familie în probleme economice, locative, chiar de culturalizare, dar mai largă în refacerea habitusului ei psihologic, educativ, în armonizarea naturală a rolurilor celor doi părinţi parteneri, îndeosebi al tatălui, marele absent încă în numeroase situaţii ce impun prezenţa autorităţii sale, a securizării procesului de dezvoltare armonioasă a familiei. Lumea trebuie învăţată să devină mai receptivă, mai calmă, mai deschisă, mai puţin suspicioasă şi mai altruistă. Să accepte mai uşor sugestia, să facă eforturi în înţelegerea noului în favoarea ei. Educaţia sanitară are de interpretat, cu siguranţă, şi ea roluri de mare interes în acest proces larg de instruire şi intervenţie în probleme de promovare a psihosanogenezii şi de refacere în cazul suferinţei apărute.

Experienţa noastră de durată demonstrează că afecţiunile mintale ale copilului sînt încă departe de a fi înţelese într-un conţinut perfect ştiinţific, că acest teren cunoaşte deformări serioase în populaţia nemedicală la o scară întinsă. E necesar ca factorii de răspundere, familia, şcoala mai ales, să aibă noţiuni mai limpezi în legătură cu unele tablouri clinice ce apar la această vîrstă, pentru a le putea surprinde în fază timpurie, acţionînd apoi cu tact, cu supleţe, semnalizînd medicilor situaţiile ce depăşesc posibilităţile lor de soluţionare. Pedopsihiatrii, echipa de intervenţie într-o muncă legiferată de teren, urmează a lua contact mai larg cu populaţia, să ajute mai din plin factorii care răspund de sanogeneza psihică a copiilor. Cum putem optimiza lărgirea limitelor potenţialului de asistenţă în familie, cum vor arăta aceste limite în viitor sînt probleme deloc uşoare care trebuie pregătite cu grijă, avînd ca punct de plecare realizările benefice ale prezentului.

MEDIUL FAMILIAL ŞI RISCUL ADAPTATIV INSTRUCTIV-EDUCATIV

Niculina Fântână, M. Şelaru
— *Iaşi*

Subiectul prezentei comunicări îl constituie un lot alcătuit din 98 familii distribuite în aceeaşi zonă a oraşului. Ele au fost investigate bio-psiho-social în strînsă relaţie cu randamentul şcolar obţinut de elevii în primele clase ale învăţămîntului primar, ce aparţin acestor familii.

Efectuînd o succintă prezentare asupra familiei, reies următoarele :

a) *Modul de organizare al familiei :* familii organizate 82 ; familii dezorganizate (lipsă tatăl) 4 ; familii dezorganizate (lipsă tatăl + mama) 1 ; familii reconstituite (tată vitreg) 1 ; familii reconstituite (mamă vitregă) 1 ; concubinaj 9 ; Total 98 ; b) *Structura familiei :* familii cu 1—2 copii minori 45 ; familii cu 3—4 copii minori 44 ; familii cu peste 5 copii minori 9 ; Total 98 ; c) *Categoria socio-profesională a părinţilor* (cu referire specială la tată) : cadre superioare 4 ; cadre medii 5 ; muncitori calificaţi 53 ; muncitori necalificaţi 32 ; pensionaţi (boală) 1 ; situaţie neprecizată 3 ; Total 98 ; d) *Vîrsta părinţilor* (cu referire specială la mamă) : între 20—30 ani 27 ; între 30—40 ani 51 ; între 40—50 ani 20 ; Total 98 ; e) *Relaţiile dintre soţi :* relaţii armonioase 46 ; relaţii sporadic conflictuale 10 ; relaţii permanent conflictuale 11 ; relaţii neprecizate 31 ; Total 98 ; f) *Spaţiul locuit :* adecvat posibilităţilor familiale 66 ; neadecvat posibilităţilor familiale 32 ; Total 98 ; g) *Pregătirea privind ajutorul suplimentar acordat copiilor la pregătirea lecţiilor :* familii care acordă ajutor suplimentar 51 ; familii care nu acordă ajutor suplim. 47 ; Total 98.

În altă formă de prezentare, am constatat că nivelul insuficient de organizare al familiei, structura deficitară, situaţia civilă neclară a părinţilor, potenţialul cultural-educaţional insuficient reprezintă 26,53% din totalul familiilor anchetate bio-psiho-social, constituind factorii de rezistenţă cu care ne-am confruntat în mod deosebit în acţiunea de intervenţie şi asistenţă în familie.

Deoarece copilul handicapat social, cultural plăteşte un tribut mărit eşecului şcolar, ne apare frecvent ca un subiect multiplu handicapat (psihic, şcolar, familial). Izolînd cazuistica handicapului psiho-social, am integrat-o în următorul sistem gradual de lucru : *gradul 0 :* familie dezorganizată, incompatibilitate sub aspect educaţional, 2 ; *gradul 1 :* familie destrămată, cu potenţial educativ minim (părinţi despărţiţi în fapt, concubinaj, unul din părinţi decedat, situaţie social-economică precară), 4 ; *gradul 2 :* familie în situaţie de criză (relaţii conflictuale între soţi, potenţial educativ slab-mediu), 2 ; *gradul 3 :* familie reconstituită, potenţial recuperativ slab—minim, situaţie cultural-economică precară, 2.

Grade intermediare : Gradul 0—1 : incertitudini privind potenţialul educaţional actual, 14 ; *Gradul 1—2 :* familie în situaţie de tensiune şi criză, cu relaţii conflictuale marcate între soţi, 2.

Subiecţii şcolari din clasele mici ale învăţămîntului primar de masă care prezintă un astfel de handicap, vin la şcoală cu un bagaj informaţional deficitar, cu modele defectuoase de vorbire şi absenţa preocupării din partea familiei, cu experienţă intelectuală scăzută, deprinderile congenitive de bază (limbajul scris şi fazele timpurii ale gîndirii matematice) slab dezvoltate, uneori puţin socializaţi. Începerea activităţii şcolare reprezintă o adevărată încercare în lipsa pregătirii necesare obţinerii randamentului şcolar şi un factor de anxietate. Din punct de vedere psihologic, un astfel de copil nu este pregătit să învingă dificultăţile ivite, nu are încredere în sine şi se izolează. El are nevoie de sprijin, un mediu familial prielnic, stimulator şi încurajator. În lipsa acestuia şi puţin înarmat la pornire, devine vulnerabil la insucces, înscriindu-se într-o stare de stagnare, comparativ cu nivelul mediu al clasei. Cînd rămînerea în urmă devine pronunțată și în lipsa ajutorului pedagogic susținut, copilul poate ajunge în situația să repete clasa, confundîndu-se frecvent cu copilul handicapat mintal.

Urmărind relația existentă între handicapul social-familial și rezultatele activității școlare la clasele I și a II-a exprimate în sistemul relației pedagogice, se constată existența unui paralelism al tipurilor de handicap investigate (familial-școlar), prin asocierea insuccesului școlar la influența negativă a familiei. Astfel, la subiecții lotului studiat (98 familii). rangul notelor școlar situează subiecții în următoarele categorii de insuccese : corigenți la un singur obiect de învățămînt 46 ; corigenți la două obiecte 37 ; corigenți la trei și mai multe obiecte 15 ; Total 98.

Încercînd o aprofundare a convergenței formelor de handicap menționate, prin raportare la etiologie și modalitatea psiho-socioală dar mai ales școiară de exprimare, constatăm că insuccesul școlar, în contextul arătat, este generat de cîteva aspecte familiale negative, astfel : a) incompatibilitatea educațională (prin diferite forme de dezorganizare) se corelează cu eșecul școlar și ridică probleme conexate de asistența intrafamilială, psihoterapie și orientarea subiecților școlari spre unități de învățămînt cu tutelare socială organizată ; b) incertitudinile privind potențialul educativ familial înglobează mai multe elemente negative : afecțiuni psihice ale părinților (printre care și etilismul), situații conflictuale temporare între părinți, nivel cultural slab, lipsa de preocupare a familiei pentru probleme școlare, familii mai numeroase sau cu copii proveniți din altă căsătorie. Toate aceste aspecte se pot asocia cu întîrziere în dezvoltarea psihică, hipofrenie funcțională marginală, mari carențe educative, determinînd corigențe la trei și mai multe materii de învățămînt, repetarea anului școlar sau reclamă măsuri psiho-pedagogice speciale, 15 subiecți ; c) situația de familie destrămată prin despărțirea părinților, existența concubinajului, decesul unuia din părinți, se asociază cu eșec școlar total (patru subiecți), necesitînd orientarea spre forme de instruire adecvate posibilităților lor reduse.

Aspectele prezentate sînt ilustrate prin însăși cazuistica, de care ne-am ocupat în cadrul muncii în echipă. A fost vădit neesară asistența în familiile cercetate, prin acțiunea desfășurată în mai multe planuri : psihoterapia familiei și individuală, asistență psihiatrică prioritară, activitatea psiho-pedagogică specială și de stimulare recuperativă, reinserție școlară și socială.

Din numărul total al subiecților aflați în situația de insucces școlar așa după cum am mai arătat, s-a realizat o evidentă reducere a handicapului familial și ca urmare a celui școlar, astfel : — reintegrarea școlară în sensul înlăturării situației de corigență la o proporție de 30,10% din totalul cercetat ; — recuperarea parțială a handicapului prezentat la 47,31% a fost posibilă și prin vizite la locul de muncă al părinților, prin sprijinirea reinserției sociale și îmbunătățirea climatului familial, ameliorarea atitudinilor deviate în viața de familie și stimularea interesului față de problemele copilului școlar.

CONSIDERAȚII CU PRIVIRE LA ADAPTAREA SOCIO-FAMILIALĂ ȘI ȘCOLARĂ A ELEVILOR PROVENIȚI DIN MEDIUL RURAL

T. Stamatin, M. Șelaru
— *Iași*

S-au studiat comparativ 2 loturi de copii și adolescenți — un lot de subiecți aparținînd familiilor din mediul rural și un alt lot aparținînd mediului urban.

Copiii care au trăit pînă la o anumită vîrstă în mediul rural, unde inserția afectivă era mult mai puternică și unde nivelul de cunoștințe și relații era mult mai slăbit, se trezește la un moment dat „transplantat" în mediul urban unde nu mai are același sistem rațional și unde stereotipurile dinamice și bioritmurile sînt supuse unor schimbări și mutații.

Acești copii pot ajunge la școlile urbane în mai multe circumstanțe : — mutarea familiei la oraș pentru a lucra în industrie sau pe marile șantiere ; copiii ce sînt dați în gazdă sau la rude din clasa a V-a considerîndu-se că școlile de la oraș pregătesc mai serios elevii ; copiii care termină școala generală și merg mai departe în învățămînt la diferite licee tehnice.

In raport de acești parametri pe cazuistica noastră am observat : copiii care locuiesc în familie sînt supravegheați atent dacă familia este organizată. Copiii simt doar schimbarea mediului și lipsa contactelor stabile existente anterior.

La copiii care locuiesc cu familia, dar care este dezorganizată sau în curs de dezorganizare și în care climatul afectiv nu este corespunzător, copiii vor trăi sentimente de nesecuritate cu manifestări, într-un registru foarte variabil (de la anxietate pînă la vagabondaj, delincvență cu riscuri grave de eșec adaptativ școlar).

În asemenea împrejurări, nu rareori tulburările de comportament capătă o coloratură delictuală.

Aceste reacții nu necesită obligatoriu internarea într-o unitate spitalicească, ele rezolvîndu-se din mers printr-o atentă îndrumare de către pedagogi și profesori, după care totul intră în normal.

Dintre copiii care vin singuri (fără părinți) la oraș la diferite licee teoretice sau tehnice, marea majoritate stau la cămin. Aici sînt supravegheați, îndrumați, se cimentează prietenii și afinități comune în microgrupuri care înving pe neobservate perioada de adaptare.

Un număr nesemnificativ totuşi prezintă unele manifestări care trebuiesc cunoscute şi tratate la timp, pentru a nu fi induse şi altora în colectivitate.

Astfel un număr de fete şi băieţi din anul I de liceu neposedînd un bagaj suficient de cunoştinţe nu au totuşi capacitatea de înţelegere intimă şi completarea autonomă a unor lecţii. În aceste condiţii anxietatea şi neliniştea care devin din ce în ce mai accentuate pe măsură ce îşi dau seama că se distanţează de elevi buni la învăţătură îi determină conştient sau inconştient la reacţii inadecvate. Învaţă un timp mai îndelungat, sacrificîndu-şi orele de somn ceea ce duce la o epuizare nervoasă.

Devin foarte îngrijoraţi, se adresează medicului şcolar care le prescrie un tratament sau îi trimite la medicul de specialitate.

Convingerea că este bolnav şi nu mai poate învăţa creşte şi mai multe anxietatea şi copiii demobilizează făcînd şi mai dificilă inserţia în colectivitate.

Alteori prezintă paroxisme psihogenetice-funcţionale, care speră să-i scoată din impas.

In aceste condiţii internarea s-ar impune pentru un tratament complex, medicamentos şi mai ales psihoterapic.

Dintre copiii care stau în gazdă şi mai ales referindu-ne la vîrsta pubertăţii şi preadolescenţii 14—16 ani constatăm o serie de reacţii comportamentale (cei drept la un număr infim) nedorite.

In lotul studiat s-a constatat, din 51 elevi : 40 sînt în clasa IX-a la liceul tehnic ; 5 în clasa a V-a la liceul 3 Iaşi ; 6 în clasa a XI-a la liceul „E. Racoviţă“, proveniţi din şcoala generală reuşiţi după examenul de treaptă.

Dintre aceştia 25 locuiesc în internatul şcolilor ; 26 locuiesc în gazde.

Din punct de vedere al disponibilităţilor intelectuale : 25 cu intelect între limită şi mediocru ; 26 cu intelect normal.

Tulburările descrise mai sus au apărut cu preponderenţă la cei cu disponibilităţi intelectuale mai reduse.

Cei ce locuiesc în gazdă au prezentat un indice mult mai ridicat de tulburări nevrotice şi la unii chiar tulburări de comportament prin lipsa de supraveghere şi îndrumare.

Elevii din internate fiind îndrumaţi, supravegheaţi şi ajutaţi la meditaţie de profesori şi elevii mai buni, s-au adaptat cu mai multă uşurinţă.

La lotul martor au predominat tulburările de comportament.

Lot studiat (1)

51 copii (11—16 ani)
- 17 băieţi
  - 6 în gazdă
  - 11 în cămin
  - 2 — cazuri familie dezorganizată
  - 3 — cazuri familie reorganizată necorespunzător
  - 12 — familie organizată
- 34 fete
  - 7 — cazuri familie dezorganizată
  - 2 — cazuri familie reorganizată necorespunzător
  - 25 — cazuri familie bine organizată

Se constată că în familiile dezorganizate sau reorganizate necorespunzător, spina iritativă se menţine şi dispare doar pe perioada cît copilul nu este în familie.

Tabel nr. 1

Nr. crt.	Sex vîrsta	Simptome	Familie organizată dezorg.	Evoluţia simptomelor
5	B 14—16 ani	Cefalee, astenie, insonie, iritabilitate, (tulb. nevrotice de adaptare) persoane premorbide : iritabili, crize de mînie.	organizată	Simptomele au dispărut în primele 2 luni de şcoală.
12	B 12—14 ani	Anxietate, nelinişte, senzaţie de vomă în stări de emoţii puternice, stau mai izolaţi, mai gînditori, randamentul şcolar slab.		Anxietatea şi neliniştea au dispărut din prima lună. Devine mai sociabil. Randamentul şcolar se îmbunătăţeşte după 3 luni — ajutat.
6	F 14—17 ani	Cefalee, astenie, insomnie, psihoplasticitate, tendinţă la teatralism, tulburări de sensibilitate în mănuşă contracturi în prezenta spectatorilor cu opistotonus, emprostotonus, randament şcolar diminuat, iar timpul în consum în companii dubioase.	organizată	1 repetentă 5 au absolvit simptomatologia s-a ameliorat treptat
11	F 14—17 ani	Tulburările de adaptare au constat în tristeţe moderată, tendinţă la autoizolare, mai preocupate. Randament şcolar la început nesatisfăcător.		Simptomatologia se ameliorează mult după meditaţie şi psihoterapie, dar randamentul şcolar rămîne tot diminuat. Simptomatologia reapare după 3 luni.

2	F 16—17 ani	Tulburări severe de comportament după 3 luni de școlaritate fiind sub influența unor grupuri de băieți care frecventează barurile, fumează, absenteismul școlar foarte ridicat. Repetențe la învățătură.	Repetente la învățătură în cl. XI-a.
15	F 14—17 ani	*Fenomene psihosomatice.* Anxietate paroxistică cu tristețe urmată de tranzit intestinal accelerat, modificări neuro-vegetative, vertij, senzații de greață, epigastralgii.	Simptomatologia dispare după un tratament anxiolitic și cîteva ședințe de psihoterapie individuală.

Tabel nr. 2

Sindroame neuroasteniforme (de adaptare). Cefalee, iritabilitate, neîncredere în sine și cei din jur, somn neodihnitor	Stări de anxietate paroxistică cu timiditate și tulburări neurovegetative în momentul ascultării la lecții	Tulburări severe de comportament (căzînd sub influența unor grupuri dubioase care frecventează barurile, fumează, consumă băuturi alcoolice, absentează de la școală. Randamentul școlar diminuat)	*Fenomene psihosomatice:* anxietate paroxistică cu labilitate neurovegetativă, vertij, greață, vărsături.	Psihoplasticitate, tendințe la teatralism, astenie, cefalee, insomnii, anestezie în mănușă.
Băieți — 5 Simptomatologia a dispărut după primele 2 luni cînd s-a cimentat prietenii cu ceilalți colegi.	*— 12* După 1/2—2 luni au dispărut toate simptomele și inserția în colectivitate s-a normalizat, randamentul școlar a crescut.	—	—	—
Fete —	— 11	— 2	— 15	— 6
	14—17 ani	16—17 ani 1 repetentă prin absentism ridicat.	14—17 ani Simptomatologia a dispărut după 6 săptămîni, iar randamentul școlar s-a îmbunătățit simțitor.	14—17 ani 1 repetentă 5 au absolvit cu note slabe clasa

45 copii urban

Lotul martor (2)

20 băieți
12 — tulburări de comportament
3 — cu enurezis
1 — logonevroză
4 — sindrom nevrotic de adaptare

Vîrsta 11—16 ani

25 fete
6 — tulburări de comportament
2 — enurezis
2 — epilepsie cu tulburări de comportament
2 — logonevroză
3 — sindrom nevrotic de adaptare
8 — sindrom psihosomtic

Tabel nr. 3

<table>
<tr><td colspan="2">*45 cazuri*
Tulburări de comportament
— Copii unici cu greșeli de educație</td><td>Familie organizată
— Băieți = 2
— Fete = 2</td><td>Familie dezorganizată
— Băieți = 4
— Fete = 3</td><td rowspan="2">2 băieți — intelect deficitar (limită D.M.)
Prin inducere prin alți copii mai inteligenți care-i folosesc pe aceștia (delicvență)</td></tr>
<tr><td>Suprasolicitare
— Băieți = 4
— Fete = 1</td><td>Supraprotejare
— Băieți = 3
— Fete = 2</td><td colspan="2">Copil nesupravegheat, lăsat la voia întîmplării sub</td></tr>
</table>

Tulburări de comportament

Băieți 20
— 12 tulburări de comportament
— 2 epilepsie cu tulb. psihice
— 1 logonevroză
— 2 sindrom nevrotic
— 3 enurezis

Fete 25
— 6 tulburări comportament
— 2 enurezis
— 2 epilepsie cu tulb. psihice
— 2 logonevroză
— 3 sindrom nevrotic
— 8 sindrom psihosomatic
— 2 ticuri

Tabel nr. 4

Enurezis reactiv

— 3 băieți = 13 ani
— În condițiile de suprasolicitare și emulație susținute fiind admonestat în clasă de mai multe ori în prezența fetelor.

Epilepsie cu tulburări de comportament

— 2 băieți

Logonevroza

— 1 băiat
— *Sindrom neuroastenic* cu pred. cu iritabilitate și anxietate la condiții de suprasolicitare (copii buni, conștiincioși cu intelect normal).
— 2 băieți — 3 fete
— *Sindrom psihosomatic :* cefalee, amețeli cu labilitate emoțională, tulburări neurovegetative, grețuri și vărsături.

Structura pe sexe și modul de cazare : — Băieți — 5 = 14—16 ani
12 = 12—14 ani
— Fete — 34 = 11—17 ani

Nr.	Sex	Gazdă	Cămin	— Familie organizată — Familie neorganizată — Familie neorganizată	Copil unic sau al cîtelea
17	Băieți	6	**11**	2 — fam. neorganizată 3 — fam. reorganizată necorespunzător 12 — fam. organizate	— 3 copii unici — 14 cu mai mulți frați și luîndu-se între primul sau ultimul din frați
34	Fete	6	28	7 — fam. dezorganizate 2 — fam. reorganizată necorespunzător	

In this paper the authors study the difficulties of scholar adaptation of the pupils who come from the country side.

They home studied 51 pupils who come from country side and a witnes, group of 47 pupils coming from a town. The of thise pupils is between 11-to-16. The conclusion is thet for those who come from the country side the adaption period was longer than for the other ones showing neurotic reactions of adaption, lonleness fuling and uncertainty.

In the witness group they met missconduet manifestations they become noisy.

In conclusions the authors recomand some improvments for the adaption to be easier.

ASPECTE DE COMPORTAMENT PSIHOSOCIAL ÎN FAMILIILE COPIILOR CU AFECȚIUNI PSIHICE SEVERE

S. Blumenfeld
— *Iași*

O avalanșă impresionantă de cercetări tematice au venit pe traseul ultimelor două decenii să autentifice interesul și pregnanța pe care o oferă cunoașterea aspectului medical, psihologic, social-economic și cultural, caracterul structurii și funcționalității microgrupului familial în organizarea multivalentă și etapizată a planului terapeutic. Investigațiile unor autori de notorietate ca Ackermann, Cahn, Campouillo, Diatkine, Lebovici, Isambert și alții urmăresc pe rînd rolul matern, cel patern, al altor membrii ai familiei în determinarea îndeosebi a climatului creiat și dezvoltat în jurul vieții copilului suferind. La ora prezentului putem afirma, că alături de cunoscutele direcții de cercetare a izvoarelor psihopatologiei infantile, a apărut în coloană acest nou obiectiv, un drum temerar de explorare etiologică care cu siguranță va aduce beneficiile sale notabile. În ultimii ani, nici noi nu am rămas izolați de miezul unor asemenea preocupări. Iată cîteva date de orientare generală, desprinse din cercetările făcute pe 82 familii, date care, deși expuse cifric, rămîn totuși elocvente, cu semnificație importantă tematică : 72 familii sînt bine consolidate (de reținut procentul de 87%), în alte 6 există numai mame (lipsa tatălui : 4 prin divorț, 2 prin deces), în 4 numai tatăl (lipsa mamei numai prin divorț). Ca proveniență : 40 familii trăiesc la țară, 42 la orașe. Condiții economice și de spațiu : bune în 68 cazuri, mediocre în 9, nesatisfăcătoare în 5 cazuri. Ca școlarizare : studii superioare la cel puțin unul din soți, în 28 situații, studii medii în 16, în 38 cazuri școală de 7 sau 4 ani. Nici un analfabet. Cu funcții intelectuale : 12 familii, funcționari în 25, meseriași în 24 și țărani cooperatori în 21 cazuri. Copilul bolnav e unic în 41 familii (cifră interesantă) dintre care 33 din mediul citadin, în 6 cazuri e primul dintr-un total de doi, în 35 cazuri familia are 3 sau mai mulți copii, cel bolnav în ordinea vîrstei fiind în 12 cazuri printre primii 3. Ultima situație se întîlnește într-o proporție mai accentuată în familiile din mediul sătesc (73% cazuri față de 27% din cel citadin). Distribuția pe sex : 50 băieți și numai 30 fete. Acest aspect se explică, între altele, și prin prejudecata care determină încă evitarea sau întîrzierea internării fetelor în spitalele de boli mintale. Copiii au prezentat următoarele afecțiuni : 8 cazuri schizofrenie, 22 cazuri cu degradare psihică severă în cursul epilepsiei, 52 cazuri encefalopatii invalidante cu vestimentație psihiatrică gravă. Raportul tensional (dintre solicitări și rezistența subiectului normal față de ele) fiind egal cu 1, poate crește aici, factorii stresanți puternici, generînd suferințe somatice și psihice. Apare după noi într-o primă fază un sindrom de alarmă interior reprezentat la mame într-o proporție de 80% față de numai 10% la tați, restul de 10% manifestînd un puternic grad de toleranță. El se exprimă prin gastralgii, tulburări de dinamică vasculo-cardiacă, cefalee și senzația de oboseală de diferite intensități. Pe plan psihic creșterea acestui raport tensional în mod gradat se afirmă prin hiperestezie și emotivitate apoi prin forme mascate de surmenaj sau complicații ale acestuia care în final pot conduce la decompensări cu apariția unor variate afecțiuni psihice. Astfel, în familie se notează : 2 psihoze, 8 stări lejere reactive, 11 părinți cu stări nevrotice decompensate episodic, alcoolism cu elemente psihopatice în 3 situații și mai ales numeroase cazuri de surmenaj. Investigarea unor elemente psihologice și sociale s-a făcut în 60 de situații la ambii părinți (de reținut această prezentare în bloc a familiei la internare), în restul de 22 cazuri dialogul s-a purtat cu mama în 20, și numai în 2 situații cu tatăl copilului ; deci mama a fost prezentă la 80 din 82 internări. Datele psihosociale nu s-au recoltat după un plan rigid, ci în funcție de conjuncturi. Nu s-a dat, niciodată, prilejul de a se intui obiectivul urmărit, evitîndu-se aspectul de ingerință. Normalitatea intelectului a constituit pentru noi o garanție fermă în netezirea drumului spre o soluție de acceptat, în a privi cu luciditate orice situație și a evita aberațiile izvorîte dintr-o logică scăldată în afectiv. În centrul sondajului a stat și cunoașterea habitus-ului timic, sensibilitatea, supusă unor firești traumatizări repetate. Ne-a impresionat devotamentul manifestat de mame, mai ales chiar în condițiile îngrijirii unor copii puternic handicapați, aflîndu-se propriile nevoi și interese. Părinții sensibilizați sînt în general oameni punctuali, perseverenți și hotărîți ; sînt muncitori neobosiți și poartă, chiar în cazuri foarte grave, amărăciunea vieții lor cu demnitate. Relațiile afective dintre soți sînt, în 85% din cazuri, strînse și sincere, ca și cum suferința cronică ar constitui un liant puternic care refuză dezacordul, sudează sufletele, fenomen cu pondere în acceptarea soluțiilor oferite în viitor. În familiile organizate, numai în 5 situații au fost depistate diferende avînd ca punct de plecare copilul bolnav ; în societate, acești părinți sînt mai retrași, mai circumspecți, puțin locvaci, așteptînd inițiativele altora. În 68 cazuri s-au arătat foarte discreți în legătură cu ceea ce știu, simt și vor. Această trăsătură se destramă însă spectaculos la ivirea problemelor aferente bolii copilului, cînd devin atenți, viu interesați, interogativi. Ei iubesc lectura (52 familii) și au un fond informațional, medical mai ales, destul de larg și diversificat. Sînt adezivi, dacă putem spune astfel, față de anumite persoane și cultivă prejudecăți și obiceiuri la care țin ca la un cult. Adesea ei caută și dezvoltă legătură cu familii avînd situații similare, vor purta corespondență și vor face vizite, sfidînd chiar marile distanțe. Duc deseori o existență martirică, prin stressare de durată, reacțiile lor căpătînd trăsături într-o atmosferă care, la un prim abord, par de neînțeles. Întîlnim des (32 cazuri din 82) un veritabil dezechilibru al cuplului cauză-efect, ultimul termen fiind mult supradimensionat, sub unghiul intensității și cu reacții de urmă durabile. Fenomenul apare atît în ipostazele dureroase, dar și în cele cu afecțiuni stenicogenă, unde ameliorări liliputane determină revărsări de nestăvilită euforie. Notăm apoi decalaje, lipsa unității comportamentale, exprimată în multe secvențe ale vieții lor. Alături de eclaziuni în inițiative, baraje surprinzătoare. Ei sfidează adesea starea lor somatică precară și sînt, repetăm, de o sensibilitate dureroasă față de modificările ce intervin în sănătatea copilului. În acest context, adesea epuizează bugetul lor pe medicamente scumpe indigene sau străine, făcînd eforturi pentru procurarea acestora, dar demonstrează un spirit de economie ascuțit în manipularea bugetului afectat nevoilor proprii. Sînt ușori mistici (14 cazuri), cred în miracole (36 cazuri), rămîn emotivi, hipersensibili uneori chiar după ani de coabitare cu copilul. Atașamentul lor poate fi direct impresionant. Cunoaștem părinți care, în cazuri grave, și-au schimbat profesia sau locul de muncă, au părăsit serviciile pentru a se dedica exclusiv îngrijirii copilului, deși percep cu luciditate că acțiunea lor e exagerată, chiar inutilă. Asemenea sacrificii reprezintă desigur cazuri de extremă, cînd elementul afectogen întunecă mult luciditatea, obstruind calea logică de urmat. Supraîncordări cu conflicte de idei, dileme greu soluționabile, îi epuizează uneori, frîng sănătatea și deschid drum patologiei. În familii au apărut simptome clinice ale neurasteniei mai ales, sau elemente obsesivo-fobice, discrete agorafobii simbolizînd evitarea societății, mici psihoze reactive cu depresiune. Toate stările psihice menționate au afectat în primul rînd mamele. În fața unor asemenea tablouri prejudiciante pentru echilibrul familiei, medicul psihiatru va interveni la maximum, urcînd eforturile la cea mai înaltă cotă. Nici un sacrificiu nu e acum prea mare pentru ameliorarea climatului de viață a familiei, pentru a face să răsară din nou lumina și calmul. Noi am ajuns la concluzia că discuțiile libere, calde, realiste, conduc la succese importante. Soluțiile trebuie să fie suple și cu prioritate în favoarea familiei (internări de durată la cerere), viu solicitate de părinți, sau spitalizări cu însoțitori — deși aduc uneori greutăți în funcționalitatea serviciului —, continuarea tratamentelor fără șanse de ameliorare etc. Evantaiul acestor probleme legate mai ales de psihozele grave cu caracter cronic oferă un potențial de extindere considerabil. Caracterul de tolerare a copilului grav în familie variază. Astfel în 42 din cele 52 cazuri de encefalopatie, deși cu prognostic quo ad mentem foarte grav, părinții mențin copilul în mijlocul lor În 8 cazuri întîlnim indispoziție uneori, oarecare asprime şi chiar fermitate în decizia luată : copilul trebuie să plece într-o instituţie. Atitudinea ultimă se întîlneşte mai ales în familiile numeroase unde bolnavul constituie un factor periclitant în coabitare. În ultimile 2 cazuri, atitudinea e intermediară, de tolerare, fără însă a se manifesta un interes deosebit faţă de copil. Procentul mare de bolnavi ţinuţi în familie este, în ţara noastră, de remarcat, spre deosebire de altele ca de exemplu Franţa, unde, în faza cronicităţii irecuperabile, afectivitatea părinţilor se subţiază mult. Familiile din mediul citadin, din potenţial scăzut de supraveghere uneori, spitalizează mai repede copilul bolnav, în timp ce cele din mediul rural, în pofida uneori a unei suite de greutăţi, îl vor reţine în mijlocul lor. Este interesant, de asemenea, de notat că intelectualii sînt mai puţin dispuşi să interneze à la longue copiii lor, deşi am putea pretinde aici un plus de logică, de luciditate în apreciere, mai ales cînd plasamentul devine singura soluţie potrivită. Uneori se pune şi problema opiniilor formulate de alţi membri ai familiei. Medicul este obligat a ţine seama şi de acestea în contextul său informaţional cu caracter psihosocial. Bunicii de exemplu, în 70% cazuri, tolerează bine copilul cu tulburări psihice grave, mai ales în familiile disociate, incomplete, sau unde există riscul unor stări conflictuale. Fiind în vîrstă, ei consideră că le revine lor această datorie, greşesc uneori însă, nerespectînd complexul terapeutic indicat, abandonează uşor reeducarea bolnavului şi cred încă în forţe terapeutice neştiinţifice. Fraţii copilului pot ajuta şi ei la rîndul lor părinţii, deobicei primul dintre ei, luîndu-şi anumite sarcini de care răspund eficient. Noi am observat comportarea familiei variind uneori şi în raport de cauza pe care ei o pun la baza apariţiei bolii. Atunci cînd afecţiunea e considerată posterioară unei infecţii, unui traumatism, deci de natură exogenă, grija şi interesul părinţilor se alterează foarte greu. Cînd dezastrul mintal a apărut încă din anii timpurii ai copilăriei, cazul e văzut mai detaşat, se urmează mai greu, mai reţinut, indicaţiile medicului. Din cele 82 familii, 73 nu au realizat asimilarea unui prognostic grav, au crezut în erori de diagnostic, ceea ce a determinat consultarea multor specialişti în diferite spitale ale ţării, la distanţe uneori de sute de kilometri. Aceasta la sugestia de multe ori a unor persoane neavizate, în speranţa că cineva va infirma prognoza întunecată şi reaprinde încrederea în sufletele lor. Astfel, cei 8 schizofreni au fost consultaţi în cel puţin trei centre de specialitate, din care nu a lipsit niciodată capitala. În 4 cazuri, familia n-a omis nici un serviciu de neuropsihiatrie-infantilă, inclusiv cele de cronici, căutîndu-se cu febrilitate locul unde se va produce miracolul mult visat. Nici noi nu am scăpat în absolut toate cazurile noastre de întrebările cardinale pe care le formulează familia aproape în totalitate : a) — Care este cauza bolii ? b) — Se va vindeca sau ameliora copilul ? c) — Este o boală ereditară ? (atenţie la răspuns ! — deoarece în funcţie de el se determină, de multe ori, şi atitudinea familiei faţă de situaţia copilului bolnav) şi d) — E posibil un tratament chirurgical ? Din nefericire, răspunsurile nu pot fi date categoric în mod ştiinţific. Dialogul impune, în asemenea condiţii, multă prudenţă, tact din partea medicului, cunoaşterea perfectă a bolii copilului şi mai ales a complexului psihosocial pe care îl oferă familia. Adesea specialistul e chemat să trateze în primul rînd părinţii, liniştind apele tulburi, readucîndu-le în albia lor normală. Medicul va trebui să mînuiască deopotrivă cunoştinţele medicale, cele psihologice, sociale etc. I se cer în toate cazurile să ofere calităţi certe de psihoterapeut. Noi am utilizat atitudinea de mijloc (die goldene Mitte — a lui GOETHE), neascunzînd diagnosticul real, arătînd că acesta comportă un caracter de gravitate, dar menţinînd în suspensie un prognostic final care să evolueze în funcţie de frontierele de toleranţă arătată de familie. Sînt cazuri cînd un asemenea prognostic de duritate poate fi răsturnat în timp, din fericire. Evoluţia bolilor psihice la copil surprinzînd subiectul în plină creştere rămîne un capitol lipsit de certitudine, unde afirmaţia categorică riscă să nu coincidă cu realitatea de mîine. De aceea, noi am folosit expectativa, cu ochii pe copil — şi cu mîna dacă se poate spune astfel pe pulsul de toleranţă al familiei. Prognosticul l-am oferit în doze homeopatice, în acele situaţii unde familia exprima prin atitudini o mare sensibilitate, o rezistenţă psihică fragilă, la frontiera ancorării în patologie. Nu putem uita cazul unei mame intelectuale, căreia afirmîndu-i-se brutal prognosticul de nerecuperabilitate a unicului ei copil nu mai găseşte decît singura soluţie aruncîndu-se disperată împreună cu acesta de la înălţimea ultimului etaj a unui bloc uriaş. Uneori am fost mai severi, atunci cînd părinţii continuau să omită în mod nepermis starea reală a bolnavului, ceea ce putea aduce urmări nocive în îngrijirea lui. Plasamentul cronic al copilului, în cazurile grave, a constituit o soluţie bună, cu prioritate atunci cînd gestul a fost impus de condiţii economice sau psihosociale. După luni şi ani de zbatere dilematică, speranţele părinţilor în miracole încep a obosi, devin tot mai scheletice şi sfîrşesc prin inconsistenţă. Pe acest drum, intervenţia medicului se va orienta în funcţie de secvenţa pe care o va surprinde pe ecranul psihic şi social al familiei. După plasament de obicei urmează o veritabilă refacere a climatului, o înseninare a orizontului întunecat de pînă atunci. Aspectele psihosociale trebuie urmărite şi în serviciul de acuţi, şi mai ales de cronici ; îngrijirea unui bolnav psihic, prezenţa lui ca şi a unui encefalopat grav invalidat, pun probleme pentru personalul de îngrijire, care trebuie rezolvate cu multă atenţie, evitînd faptul cel mai regretabil : apariţia unor agenţi iatrogeni, într-un mediu chemat în primul rînd să acorde o asistenţă calificată, umanitară. Desigur, se impune asigurarea unui număr de locuri de spitalizare în instituţiile profilate care să fie şi accesibile părinţilor. Unităţilor de cronici e bine să le rămînă în continuare caracterul de instituţii cu aspect curativ, ceea ce întreţine corect tonusul psihic al familiei. Amenajate cu discernămînt şi dotate cu personal înţelegător, afectuos, blînd, chiar şi în îngrijirea unor asemenea cazuri grave, cu spitalizare îndelungată, unităţile respective se vor situa în perfect acord cu interesul pe care majoritatea părinţilor îl menţin mereu treaz faţă de viitorul copilului lor suferind.

RELAȚII DE GRUP LA COPIII CĂMINIZAȚI

Gh. Scripcaru, Gh. Drăghici, T. Ciornea, V. Mihăescu
— *Iași*

NOTA

Concluziile pe care le prezentăm în continuare reprezintă date preliminare ale unei investigații interdisciplinare de mai mare întindere efectuate de Laboratorul exterior de medicină legală Iași, cu sprijinul Inspectoratelor școlare al județelor Iași și Neamț, asupra elevilor din casele de copii Bucium—Iași (fete), nr. 1 și nr. 2 Piatra Neamț (băieți și fete) — în total peste 1 400 de elevi — studiu ce vizează evoluția personalității și a comportamentului acestor copii de la internarea în școală și pînă la absolvirea acesteia, eficacitatea actualelor formule organizatorice existente în aceste instituții precum și eventuale metode și procedee noi pentru îmbunătățirea activității.

I. *Considerații generale. Metodologie.*

În general, clasa de elevi ca grup educațional, respectă structura și dinamica altor tipuri de grupuri psiho-sociale formale dar în sînul ei se întîlnesc și elemente specifice acestui tip de colectiv. Din acest punct de vedere, în ultimii ani grupurile școlare au început a fi mai îndeaproape studiate și cercetate, înregistrîndu-se contribuții notabile atît în legătură cu unele fenomene de grup și organizaționale (inclusiv pe linia activităților pionierești sau ale U.T.C.) cît și în ceea ce privește manifestarea personalității școlarului sub latura ei psiho-socială (văzută prin prisma interrelațiilor de grup).

În funcție de natura și specificul grupului unele funcții sau procese ne apar mai bine realizate, altele fiind mai puțin conturate. De exemplu. este de așteptat ca într-un asemenea grup problema realizării sarcinilor de bază reclamate de procesul instructiv-educativ să fie mai importantă decît aceea a satisfacerii unor nevoi individuale ale membrilor (în majoritatea cazurilor cerințele școlare sînt înțelese de către elevi dar uneori ele trebuie impuse de către colectivul didactic).

Deși teoretic toți membrii colectivului au același statut social — acela de elev — și același rol adecvat acestuia — acela de a învăța — practic, natura variată a activității care se desfășoară în școală (de organizație, cultural-artistice, sportive, etc.) contribuie la nuanțări de statut și diversificări de rol în sînul grupului.

În cadrul problemelor generale pe care le urmărim în legătură cu personalitatea elevilor din casele de copii ne-am propus să completăm tabloul metodologic și cu unele tehnici sociometrice. În acest scop am folosit „testul sociometric de personalitate“, elaborat în anul 1969 în cadrul Filialei din Iași a Institutului de științe pedagogice de către un colectiv coordonat de prof. I. Holban.

Apreciem că mînuit cu atenție acest test este un instrument util în investigarea psihosociologică a problemelor de personalitate și de grup.

În ideea unei mai bune validări a acestuia ne-am folosit atît de observațiile noastre efectuate pe timpul cît am stat în aceste școli cît și de aprecierile cadrelor didactice, în special dirigintele și educatorul clasei.

II. *Rezultate proprii.*

Vom prezenta în continuare cîteva aspecte psihosociologice înregistrate cu ajutorul testului sociometric amintit în opt clase a VII-a și a VIII-a din cadrul celor două case de copii existente în municipiul Piatra Neamț (4 de băieți și 4 de fete cu un total de 210 subiecți). Și în acest caz am avut în atenție nivelul de organizare a personalității văzute prin prisma interrelațiilor de grup în măsura în care acest lucru poate fi pus în evidență de către tehnicile sociometrice.

1) Faptul că unele teste sociometrice (este și cazul celui folosit de noi) solicită din partea subiecților să exprime și motivația aprecierilor efectuate, constituie un indiciu util în interpretarea rezultatelor prin plusul informațional pe care-l oferă cercetătorilor, dar pe teren acest lucru nu se obține întotdeauna ușor fiind condiționat de influența altor factori (nivelul de instrucție al indivizilor, gradul de cointeresare etc.).

Pe loturile urmărite de noi, deși investigația s-a desfășurat în condiții bune, dîndu-se toate indicațiile necesare unei cît mai bune înțelegeri din partea elevilor, nu am putut sintetiza direcții motivaționale precise (în toate cazurile) legate de temele urmărite.

Cele mai semnificative răspunsuri au fost date la temele nr. 1 (prietenie) și nr. 2 (solicitudine) fiind mai aproape de sistemul de simțire și gîndire al elevilor. Sînt foarte des citate trăsături ca : bunătate, sinceritate, corectitudine, cinste etc. atît în cazul aprecierilor făcute de fete cît și al celor efectuate de băieți. Sînt numeroase cazurile cînd la tema nr. 2 sînt citați aceeași elevi ca și la tema nr. 1 — prietenii care în mod normal te ajută primii în caz de nevoie.

În emiterea respingerilor întîlnim expresii ca : este rea, este certăreață, este prea ambițios și egoist, este mincinoasă, pîrîcioasă, adică trăsături negative de personalitate.

Și la celelalte teme majoritatea elevilor fac aprecieri corecte, manifestă interes și simț critic, dar transpunerea motivațiilor în cuvinte depind într-o măsură mai mare de posibilitățile lor de exprimare. Există și cîțiva subiecți (în special elevi slabi la învățătură sau cu tulburări de comportament) care la rubrica „de ce“ nu răspund deloc sau dau răspunsuri stereotipe și nesemnificative (atît în cazul unui elev pentru unele teme cît și în cazul mai multor elevi pentru o temă dată).

2) Dintre procesele de grup ne interesează în special procesul afectiv-apreciativ (de alegere și respingere) și în strînsă legătură cu acesta cel de realizarea sarcinilor școlare. Procesele de comunicație sau de influență sunt mai semnificative pentru alte grupuri psihosociale (de exemplu grupele de muncă).

Ca indici ai structurii preferențiale avem în vedere în principal gradul de coeziune al claselor datorită ponderii mari pe care acesta o deține în stabilirea valorii climatului psiho-social existent — indicator sintetic al interrelaţiilor de grup.

In cazul claselor de care ne-am ocupat, pentru majoritatea temelor distribuţia valorilor s-a făcut sub forma unor astfel de curbe asimetrice, ceea ce înseamnă că în cadrul grupului elevii ocupă poziţii asemănătoare (mai ales la clasele de fete).

În construirea curbei frecvenţa cazurilor se înregistrează pe abscisă iar valorile pe ordonată, dar forma ei se poate deduce şi din configuraţia psiho-sociogramei.

Cu excepţia a doi—trei elevi care se detaşează, restul clasei se grupează în 2—3 unităţi de clasament formînd un lot omogen. Aprecieri de acelaşi fel — formînd curbe asimetrice — se constată şi la temele nr. 4 (principialitate, discernămînt), nr. 6 (aptitudini de organizare socială) şi nr. 7 (capacitate de influenţă).

În schimb la temele nr. 1 (prietenie), nr. 2 (solicitudine) şi în special nr. 5 (atitudine faţă de muncă) dispersia valorilor este aproape simetrică. Într-adevăr, în legătură cu aceste ultime teme, există între elevi diferenţe mai semnificative, pe care ei le sesizează corect prin alegerile sau respingerile efectuate; în acest fel ei nu se mai grupează în 2—3 u.c. ci în toate 10, cei mai mulţi ocupînd zona mediană.

3) Un fenomen interesant constatat la toate clasele este legat pe de o parte, de situaţia elevilor care întrunesc cele mai multe alegeri, ocupînd astfel poziţii foarte bune, iar pe de altă parte, de cazul elevilor care cumulează cele mai multe respingeri ocupînd locuri periferice (în ambele direcţii fiind vorba de majoritatea temelor testului). Vom cita în acest caz două exemple:

a) Elevul I. C. din clasa a VIII-a se situează pe primul loc la toate cele şapte teme, dar cu unele deosebiri de la un criteriu la altul (de ex. la tema nr. 5 — atitudine faţă de muncă — obţine 21 de puncte, pe cînd la tema nr. 7 — capacitate de influenţă — numai 15 puncte apărînd totuşi ca cel mai bun). Din discuţiile purtate cu dirigintele clasei reiese că într-adevăr elevul I.C. este cel mai bun la învăţătură, este un bun coleg, cu o atitudine corectă faţă de muncă, dar nu posedă cele mai bune aptitudini de organizator şi nu este totdeauna cel mai influent în grup.

b) Elevul A.A., tot din clasa a VIII-a, obţine la toate temele un punctaj foarte scăzut, apărînd astfel pe ultimele locuri. Diferenţe între criterii se menţine şi aici (astfel la tema 1 cu cele —12 puncte apare de departe ca fiind un neprietenos în timp ce la tema nr. 3 — prestigiul personalităţii — cu cele trei puncte obţinute ocupă un loc de asemenea periferic, dar împreună cu alţi elevi. Din discuţiile cu dirigintele rezultă că elevul amintit prezintă serioase tulburări de comportament, este neprietenos şi neprincipial dar nu refuză să muncească şi duce la bun sfîrşit anumite sarcini (dacă i se oferă).

Aprecieri mai puţin nuanţate, de felul celor relatate mai sus, cu privire la personalitatea unui membru dintr-un grup, apar frecvent în clasele de elevi datorită subiectivităţii acestora, prin efectuarea unui transfer de calităţi sau defecte către un subiect sau altul, situaţie care de fapt nu corespunde realităţii. În colectivele de adulţi asemenea fenomene sînt mai rare, aceştia fiind mai obiectivi în aprecieri (de ex. într-un grup de muncă cel mai bun meseriaş — specialistul în sarcină — poate fi cotat ca un coleg mediocru sau chiar mai slab datorită îngîmfării şi egoismului acestuia etc.). Aceste consideraţii nu exclud însă adevărul că există oameni armonios dezvoltaţi care întrunesc diverse calităţi.

4) Folosirea testului sociometric de personalitate a scos în evidenţă şi cîteva aspecte semnificative în legătură cu cazul elevilor care prezintă diferite tulburări de comportament:

a) În toate clasele observate aceşti elevi ocupă din punct de vedere sociometric locuri periferice, grupul avînd faţă de ei atitudini care merg de la totala respingere şi pînă la indiferenţă. Ca valoare a personalităţii (relevată de profilul psihosocial reieşit din cele 7 teme ale testului) nici un elev din această categorie nu depăşeşte unitatea de clasament nr. 3, cei mai mulţi situîndu-se însă în u.c. 1 sau 2.

b) În general aceşti elevi sînt cotaţi negativ la majoritatea temelor puse în discuţie dar aşa cum am arătat mai înainte acest aspect ţine şi de subiectivitatea celorlalţi copii din clasă. Există însă şi cazuri cînd la o temă sau alta elevii-problemă sînt pozitiv apreciaţi depăşind chiar media clasei. Situaţia este mai frecventă în rîndul fetelor şi se află în legătură în special cu temele nr. 4 (principialitate — discernămînt) sau 5 (atitudine faţă de muncă).

De exemplu o elevă D. C., deşi nu este acceptată de grup, la tema nr. 5 — atitudine faţă de muncă — întruneşte aprecieri pozitive (u.c. 7) pentru faptul că lucrează bine la atelierul de ţesătorie. Diriginta clasei confirmă acest lucru. În rest însă o prezintă astfel: „elevă dezinteresată de activitatea şcolară, fuge de la şcoală, nu-şi face temele, este supărătoare, se ceartă cu colegele, este dezordonată".

În aceeaşi situaţie se află eleva S.T. (şi alţi elevi) care obţine aprecieri bune (u.c. 8) la tema nr. 4 pentru că manifestă principialitate în discutarea unor fapte şi atitudini petrecute în clasă (este „sinceră şi cinstită" cum spun colegele ei).

III. *Concluzii.*

1) Studiul interrelaţiilor în grupurile şcolare prin intermediul tehnicilor sociometrice poate pune în evidenţă fenomene semnificative din interiorul clasei, greu de cunoscut cu alte mijloace, aspecte care adeseori se dovedesc a fi foarte utile pentru cadrele didactice în organizarea activităţilor din şcoală.

2) Testul sociometric de personalitate contribuie la o mai bună cunoaştere a elevilor sub aspectul caracteristicilor individuale care intervin în relaţiile sociale. Depistarea unor trăsături de personalitate pozitive sau negative cu rol ridicat în procesul de integrare socială constituie şi o direcţie de modelare a acestora, realizîndu-se în acelaşi timp o mai bună conducere şi organizare a claselor.

3) Evidențierea unor trăsături bune la copii cu tulburări de comportament este de un real folos pentru educatori ; valorificînd domeniul de interese ale elevilor în sens constructiv se fac pași înainte pe linia recuperării acestora.

4) Din motive de spațiu, multe considerații legate de problema relațiilor de grup (comparații între clase, grupuri nonformale în interiorul clasei, indici ai structurii preferențiale etc.), vor forma obiectul unor materiale viitoare.

The article reveals some problems concerning pupils' personality and behaviour from the children's hostels, aspects sew from their social point of view through the instrumentality of group interrelations.
From the investigation of 8 class of pupils with the help of „sociometric test of personality" has rezulted : 1. the presence of the strong reason for the variables friedship and understanding, in this case pupils appreciate qualities as : sincerity kindness, honesty, corectnees etc. 2. the distribution of values in the selection-reject process is : a) symmetricall (courve U) for the variables : friendship, kindness attitude in the work, showing importants differences between the pupils. b) asymmeetrical (courve L) for the variables : personal prestige, principledness-descernement, aptitudes for social organization, influence capacity, in this case the pupils do not differ in importants between them. 3. the pupils can do adequates caracterisations in affective — appreciative process, but they are subjective seeing some pupils specially kinds and the others specially ills. 4. all the pupils with troubles of behaviour occupy in the group secondary positions having no influence, but manny of them possess some positive characteristics of personality that can be used by the teachers in the instructive-educational process.

DIFICULTĂȚILE ȘCOLARE LA COPILUL DE CLASA I-A

Florica Popovici, Georgeta Niță, Ermina Gălățeanu
— Bacău

Randamentul școlar fiind condiționat de o complexitate de factori care nu pot fi totdeauna sesizați înaintea intrării copilului în școală, este justificată urmărirea acestor copii în primul an de învățămînt — pentru depistarea și remedierea la timp a dificultăților pe care unii dintre ei le întîmpină în procesul instructiv-educativ.

Ne-am propus de aceea să analizăm diversele aspecte ale acestei probleme pe o serie de copii din școlile generale din municipiul Bacău și să prezentăm concluziile reieșite din observațiile noastre.

Observațiile noastre se referă la un lot de 100 copii din clasele I-a din 8 școli generale din municipiul Bacău, copii care obținuseră note sub limită sau de limită la obiectele de bază — matematica și limba română — în primele două trimestre ale anului școlar în curs. Acești copii au fost examinați la nivelul cabinetului de neuropsihiatrie infantilă și în școli, datele obținute fiind consemnate într-o fișă specială, urmărindu-se aspectele medicale, pedagogice și de mediu familial ale fiecărui caz în parte.

S-au consemnat astfel pentru fiecare copil indicii de dezvoltare fizică, dezvoltare neuropsihică și examenele suplimentare acolo unde a fost cazul.

S-a întocmit fiecărui elev o caracterizare din partea cadrelor didactice precum și o anchetă asupra condițiilor de mediu familial.

Pentru aprecierea nivelului psihic s-au folosit metode indicate de Ministerul Sănătății și Institutul de Igienă București pentru triajul copiilor de 6 ani, testul Goodinough și probele verbale W.I.S.C.

Pentru fiecare copil s-au examinat prin probe de scris—citit, socotit și desen cunoștințele școlare dobîndite pînă la data examinării, urmărindu-se concomitent cu aceasta dezvoltarea limbajului și a funcțiilor fine motorii.

Repartiția pe sexe la cei 100 de copii examinați a fost de 65 băieți și 35 fete, predominența netă a sexului masculin putînd fi eventual corelată cu maturizarea psihică ceva mai tardivă a acestora și cu frecvența mai crescută a tulburărilor de limbaj și nevrotice la băieți cu repercusiuni asupra randamentului școlar.

Vîrsta copiilor a fost cuprinsă între 6—7 ani în 38 cazuri, 7—8 ani în 50 cazuri și 8—9 ani în 12 cazuri. Copiii de vîrstă mare, peste 7 1/2 ani proveneau dintre cei amînați și dintre cei care repetau clasa.

În 17 din cele 100 cazuri s-au întîlnit antecedente patologice familiale pe linie neuro-psihică (alcoolism, epilepsie, psihopatie, oligofrenie), iar în 25 cazuri antecedente personale peri-sau postnatale care ar fi putut avea implicații asupra dezvoltării neuropsihice ulterioare : naștere distocică, prematuritate sub 1 500 g, meningite, traumatisme craniocerebrale, sidroame convulsivante etc.

Starea de sănătate fizică a fost bună, numai în 8 cazuri s-au întîlnit boli somatice cu spitalizări repetate care au influențat negativ rezultatele școlare (astm infantil, boli infecțioase, renale etc.).

Deficiențele senzoriale au fost diagnosticate la 6 copii : tulburări de vedere în 4 cazuri corectate cu ochelari și hipoacuzie în 2 cazuri, ambele necesitînd dirijarea către școli speciale.

Cele mai concludente date le-a prezentat examenul neuropsihic care a scos în evidență următoarele aspecte :

— dezvoltarea psihică la limită în 20 de cazuri, întîrziere în dezvoltare psihică cu posibilități de recuperare în 70 cazuri și deficit psihic mai grav de tipul debilității mintale în 10 cazuri.

Aceste cifre ne arată evident că randamentul școlar este influențat în mod hotărîtor de nivelul dezvoltării psihice și că eforturile educatorilor și copilului nu pot duce la bune rezultate în condițiile unor funcții psihice liminare sau întîrziate.

Examenul neuropsihic a mai relevat prezenţa manifestărilor nevrotice : instabilitate, ticuri, enurezis, tulburări de somn în 20 de cazuri şi tulburări în dezvoltorea limbajului la 22 de copii dintre care 4 prezentau şi fenomene de dislexie şi disgrafie.

Aceste tulburări agravau prognosticul şcolar al copiilor respectivi chiar în cazul unei dezvoltări psihice satisfăcătoare.

Din observaţiile noastre rezultă că elementul hotărîtor în randamentul şcolar este reprezentat în majoritatea cazurilor de nivelul dezvoltării psihointelectuale. De altfel autorii francezi studiind aceeaşi problemă ajung la concluzia că cei mai mulţi dintre aceşti copii sufăr de un „retard mineur“ rezultate dintr-o insuficientă evoluţie a uneia din funcţiile cerebrale majore : inteligenţă, motricitate, limbaj (Daniele Truscelli).

Analiza mediului familial a scos în evidenţă condiţii nefavorabile în 20 cazuri printre care 8 familii dezorganizate prin divorţ sau deces în care mama sau bunicii se ocupau de creşterea şi educaţia copiilor.

Condiţiile nefavorabile de mediu au influenţat negativ rezultatele şcolare chiar în cazul unei dezvoltări psihice satisfăcătoare.

Urmărirea acestor copii pe parcursul a două trimestre şcolare şi instituirea tratamentului medical şi a măsurilor pedagogice adecvate a putut ameliora rezultatele şcolare în 38 cazuri. În 50 cazuri a fost necesară amînarea şcolarizării cu un an iar 12 copii au necesitat dirijarea către şcoli speciale pentru deficienţi psihici în 10 cazuri şi deficienţi senzoriali în 2 cazuri.

Concluzii. Din analiza datelor furnizate de observaţiile noastre rezultă că primul an de şcoală reprezintă pentru copil o verificare a potenţialului său biopsihic.

Menţionăm că lotul de copii urmărit de noi reprezintă cazurile cu cele mai serioase probleme şcolare, fiind selecţionate pentru acest studiu şcolile care aveau cei mai mulţi copii cu dificultăţi de învăţătură.

Urmărirea acestor copii indică în majoritatea cazurilor prezenţa unor tulburări neuropsihice, întîrziere psihică, tulburări de limbaj, tulburări nevrotice etc., care împiedică randamentul şcolar.

Bolile somatice cu absenţe repetate de la şcoală ocupă un loc mai puţin important fiind întîlnite de noi numai în 8 cazuri. Mediul familial influenţează negativ randamentul şcolar.

Observaţiile noastre şi ale educatorilor atestă faptul că majoritatea acestor copii pot fi recuperaţi în şcolile generale chiar în condiţiile amînării cu un an şi că un procent redus va necesita o formă specială de învăţămînt.

Posibilităţile de recuperare trebuiesc utilizate integral prin instituirea unor măsuri complexe medicopedagogice odată cu depistarea fiecărui caz în parte.

The present paper reports on the results of the analysis of a group of 100 children in the first form of the elementary school, who presented special difficulties in learning.

The main cause of these difficulties proved to be the deficiency in the psychic developement of children having rich neurologic antecedents. To this deficiency disturbances in the development of their language and neurotic manifestations were added.

The unfavourable conditions of their family influenced badly their results at school.

We estimate that the medical and pedagogic measures taken allow the regaining of these children in the elementary schools in a high procent (88 cases). 12 children were sent to special schools for psychic deficiencies (10 cases) and sensorial deficiencies (2 cases).

CLASE FUNCŢIONALE DE RECUPERARE DIDACTICA

Maria Cosmovici, N. Cosmovici
— *Iaşi*

Justificarea existenţei claselor funcţionale de recuperare didactică îşi găseşte temeiul în însăşi particularităţile dezvoltării bio-psihice a copilului mic, precum şi în mediul familial ambietal, în care intervin factori şi în cauzele negative ce pot perturba evoluţia în şi peste limitele normalităţii. Această diversitate de cauze îndeamnă la o cercetare longitudinală multidisciplinară a fiecărui caz de eşec adaptativ pentru a se aprecia şi evalua capacităţile potenţiale ale adaptării *gradientelor şcolare*, precum şi a recomandărilor ce se impun, în primul rînd din punct de vedere didactic, dar şi a măsurilor practice de recuperare şi de evitare a repetenţiei. Această afirmaţie se bazează pe faptul real că în orice stadiu de dezvoltare bio-psihică s-ar afla copilul, chiar şi a celor din căminele-spital de neuro-psihiatrie, el trebuie să beneficieze de un sistem instructiv-educativ adecvat, deci de o formă de şcolarizare, pentru recuperarea prin şcoală şi muncă. În acest sens, considerăm că trebuie revăzut sistemul profesional al copiilor deficienţi mintali pentru o cît mai adecvată utilizare a forţei de muncă, corespunzător necesităţilor sociale şi al unor „înlesniri“ de exercitare a muncii individuale.

Condiţia *amînării şcolarizării* la vîrsta de 6 ani, subiect de mare actualitate şi cu importante consecinţe economice şi educative, implică, după noi, trei situaţii, ţinînd seama de baremele medicale şi psihologice anuale (Bucureşti, 1977) :

1. *amînarea medicală* (care are 17 rubrici), cu 1 an a şcolarizării în clasa I-a, se poate interpreta sub 3 modalităţi : a) *amînare medicală* pe baza diagnosticului somatic pe fond de intelect normal, sau dezvoltare psihică normală (exemple : astm bronşic, reumatism etc.). Nu ştim în ce măsură această amînare (de nu-

mai 1 an) contribuie la recuperarea somatic-medicală ; b) *amînare medicală* pe baza diagnosticului somatic, cu 1 an de la școlarizare și cu specificarea școlilor speciale de profil sau a spitalizărilor (exemple : infirmul motor cerebral cu intelect normal și cu deficit motor ; cămin-școală deficienți motori — Ministerul Muncii) sau grupa afecțiunilor osteoarticulare și musculare, chiar dacă tulburările funcționale sînt ușoare sau medii.

În ambele modalități ale interpretării noastre de amînare medicală cu 1 an de la școlarizare în clasa I constatăm prezența diagnosticului somatic, care nu prejudiciază dezvoltarea psihică normală și adaptarea curentă în condițiile școlarizării de masă (chiar și a celor cu deficiențe senzoriale cronice). Ne exprimăm totuși o rezervă, fără să aderăm totuși la curentul somato-psihic deoarece, după cum este știut, suferința fizică, somatică, atrage după sine și modificări psihice, uneori grave, mai ales la această vîrstă (5—7 ani). c) a treia modalitate de interpretare a *amînării medicale* se referă la diferite forme de insuficientă dezvoltare mintală, începînd de la idioție și pînă la „întîrzierea în dezvoltare psihică nivel mintal sub 6 ani“ (sînt 6 forme diagnosticabile în baremul medical), atît pe fond organic, genetic, cît și pe fond de mediu ambietal (familial).

A doua condiție a amînării școlarizării cu 1 an o constituie amînarea psiho-pedagogică, sau mai propriu spus, *amînare psihologică*, care se interferează și cuprinde în totalitate diferite forme ale insuficientei dezvoltări mintale, dar nu numai atît. Condiția reușitei sau eșecului școlar trebuie să fie apreciată, în primul rînd, din punct de vedere didactic, a capacității copilului de a învăța la nivelul unei performanțe progresive în raport cu depășirea anterioară a informațiilor școlare utilizate și nu în raport cu performanța medie a vîrstei normale. Orice progres școlar didactic al copilului deficient mintal ne confirmă diverse posibilități de recuperare, chiar la nivelul grădiniței (mai ales în grupa mare), folosindu-se metode adecvate.

Condiția amînării psihologice implică depistarea și urmărirea în continuare a copilului la nivelul grupei de grădiniță (6—7 ani), diferențiat — în colaborare permanentă cu educatoarea și familia, dacă este cazul cu alți specialiști (logopezi, medici, defectologi etc.) și nu numai atît. Propunem un caiet de asistență psihopedagogică la nivelul grupei mari, în grădinițe, pentru educatoare, în care să se consemneze evoluția achizițiilor progresului școlar pentru fiecare copil deficient mintal (sau suspectat).

A treia situație a amînării școlare o constituie amînarea familial-socială. În această condiție a amînării, surprindem mai multe aspecte : copii amînați și apoi orientați către școli de profil special, ai căror părinți refuză să accepte, frecventînd în continuare școala generală. Receptivitatea afectivă și morală (precum și condițiile familiale favorabile) a acestor părinți trebuie stimulată prin colaborare și obținerea unui progres școlar real al copilului (puține cazuri, dar existente) ; copii amînați și apoi orientați către școli de profil special, care frecventează școala generală prin lipsă de locuri la școlile unde au fost orientați și repartizați (cele mai multe cazuri — peste 50%).

Dacă aceste două aspecte sînt reale, în ceea ce privește condiția amînării școlarizării, prin însăși situația insuficientei dezvoltări psiho-somatice a copiilor, în condiția amînării școlarizării mai întîlnim următoarele aspecte, care trebuie rezolvate prin alte modalități care nu justifică amînarea școlarizării, aducînd prejudicii economice și educative ; copii provenind din familii de „intelectuali“, normali, care din cauza unor „tradiții și prejudecăți“ preferă cu orice preț școlarizarea copiilor la vîrsta de 7 ani, obținînd nereal, dar legal, adeverințe de amînare școlară (sistem de intervenții, cunoștințe etc.) ; copii care nu au frecventat de loc grădinița din anumite motive (prejudecăți familiale), normali, dar care prezintă carențe informaționale școlare prin insuficienta exercitare și disciplinare a intelectului ; copii crescuți de bunici, cu părinți „în deplasare“ sau „copii în deplasare“ crescuți la bunici, normali mintal, care au frecventat sau nu grădinița, dar cu carențe afective (imaturitate afectivă, instabilitate psiho-motorie etc.) ; copii provenind din familii cu situații dificile : dezorganizare familială (părăsire de domiciliu, divorț, concubinaj, deces) ; nivelul informativ cultural al familiei ; nivelul material-nutrițional ; condiția profesională ; condiții geo-climatice etc.

Clasele funcționale de recuperare didactică au următoarele particularități : un regim protectiv ; caracter legal-școlar ; durată a funcționării de 2 ani (clasa I și a II-a) ; numărul de elevi dintr-o clasă este de aproximativ 15 copii ; proveniența elevilor se face din cadrul copiilor amînați cu 1 an de la școlarizare (de 7 ani) cu diferite forme de deficit mintal, care nu întrunesc condiția școlarizării, precum și a copiilor cu situație de repetenție din clasele I și a II-a de la școala generală ; numărul de clase funcționale de recuperare nu este „fix“, ci variază de la un an școlar la altul, în funcție de numărul de copii cu deficit mintal (raportat la municipiul și județul Iași) ; frecvența este obligatorie și catalogată oficial ; clasele sînt amplasate în cadrul școlilor generale de masă cu cel mai mare număr de cazuri ; din punct de vedere didactic (al procesului instructiv-educativ și administrativ) aparțin de școala ajutătoare ; din punct de vedere metodologic (aparțin) sînt îndrumate de L.O.S.P. și L.S.M. ; din punct de vedere al funcționalității, a prezenței cadrelor didactice și elevilor aparțin de direcția școlii unde sînt amplasate clasele ; prin denumirea de „clase funcționale înțelegem flexibilitatea și ***posibilitatea „transferării“ elevilor, în cadrul legal și real,*** la școala generală sau la alte școli de profil special ; nu este vorba de înlocuirea vechii formule de „proba școlii de masă“, ci de o „triere“ didactică pe parcursul unui an școlar sau doi ; mai pot fi denumite și „clase școlare de filtru“ ; prin denumirea de „recuperare didactică“ se înțelege punctul de vedere, prim și esențial al claselor funcționale, adică efortul de a se realiza, la nivelul individual al fiecărui copil, un „progres școlar“ (și nu numai atît), care să permită evitarea erorilor și „rebuturilor școlare“ și, în primul rînd, dezvoltarea capacităților existente, stimularea celor potente în vederea unei „profesionalizări adecvate". Esenţialul îl constituie evitarea erorilor pentru şcoala ajutătoare, recuperarea şcolară adecvată potenţialului individual în limitele minime şi medii ale programei şcolare şi în cadrul familial, precum şi premisele pentru o activitate utilă independentă (în cadrul unor profesiuni sau munci adecvate) ; fiecărui copil trebuie să i se întocmească un „caiet de asistenţă psiho-pedagogică", care reprezintă un document oficial şcolar şi însoţeşte permanent dosarul personal al copilului deficient mintal sau cu dificultăţi de adaptare şcolară ; deşi sînt puncte de vedere diferite cu privire la componenţa diagnosticului sau psihodiagnosticului mintal sau de altă natură a copiilor care să facă sau trebuie să facă parte din aceste clase funcţionale, noi pledăm pentru punctul de vedere didactic al deficitului şcolar (indiferent dacă copilul este apreciat debil mintal grav sau prezintă întîrziere în dezvoltarea psihică), deoarece, aşa cum am arătat, scopul fundamental al acestor clase este acela al recuperării didactice la diferite gradiente ale potenţialului şcolar individual. Considerăm că aceste clase vor fi în măsură să evite repetenţia şcolară, dar în acelaşi timp să recupereze şi să orienteze adecvat cazurile autentice de deficit mintal, precum şi procedeele adecvate. Chiar în cadrul „căminului-şcoală" se urmăreşte recuperarea şcolar-profesională şi socială, dar la vîrste mai mari şi fără o orientare longitudinală adecvată (lipsa caietului de asistenţă psiho-pedagogică). Considerăm că în orice formă de diagnostic sau „clasificare" a copilului la orice nivel, nu trebuie să lipsească sistemul instructiv-educativ. Însăşi trecerea prin aceste clase funcţionale constituie o orientare şi o stimulare a recuperării didactice, chiar în cadrul şcolii speciale (cu 1 an sau 2 ani mai devreme) pentru activitate productivă independentă sau semiindependentă ;

Un rol important în activitatea claselor funcţionale îl are L.O.S.P. şi L.S.M., care vor răspunde direct metodologic de fiecare clasă şi vor colabora, atît prin examinări trimestriale psiho-pedagogice, cît şi prin consultări cu cadrele didactice, cu logopezii, cu medicii neuro-psihiatri din policlinică şi cu alte cadre de specialitate, cu inspectorii şcolari de teren, familia, spitale sau sanatorii, în funcţie de necesităţile pe care le reclamă cazul individual al fiecărui copil.

Orice observaţie, consultaţie, examinare, apreciere sau intervenţie asupra copilului „handicapat" trebuie menţionată în caietul de asistenţă psiho-pedagogică la rubricile respective (data, semnătura, constatarea, recomandarea etc.). Pentru fiecare clasă funcţională este necesar cel puţin un *cadru didactic specializat* (defectolog, învăţător reciclat). Cadrul didactic de predare (la care se află în permanenţă caietele de asistenţă psiho-pedagogică) este direct răspunzător în faţa autorităţilor şcolare şi legale de evoluţia sau de alte situaţii ale copiilor din clasele funcţionale. El este ajutat direct de către cadrele didactice şi alt personal din cadrul şcolii generale de amplasament (alimentaţie, somn, medicaţie, joc, material didactic etc.) ;

Situaţia de depistare, decizie şi formare a claselor funcţionale de recuperare, atît în mediul urban cît şi în mediul rural, trebuie realizată pînă la data de 15 mai a anului şcolar, prelucrată şi raportată pînă la 1 iunie, de această răspunzînd direct L.S.M.-ul şi L.O.S.P.-ul, care au menirea şi de a centraliza datele, informaţiile etc.

În concluzie, considerăm că funcţionarea claselor de recuperare reprezintă una din modalităţile principale, mijlocul cel mai potrivit, pentru a ajuta pe unii copii să-şi însuşească cunoştinţe şcolare corespunzătoare, pentru a se evita eşecul şi riscul şcolar, pentru promovarea sănătăţii mintale.

OBSERVAŢII PRIVIND RECUPERAREA COPILULUI NEVROTIC

T. Stamatin
— *Iaşi*

Modalitatea nevrotică de reacţie în sensul clasic al cuvîntului se raportează în general la modificări de natură subiectivă în condiţiile unor psihotraume unice sau repetate, care pot determina tulburări psihice particulare cadrului nosologic al nevrozei ca şi unele manifestări disfuncţionale în registrul reacţiilor vegetative şi umorale, dar în condiţiile păstrării unui nivel corespunzător al conştiinţei de sine în relaţiile sale interdeterminative cu conştiinţa socială cu care nu vine în contradicţie.

În ce priveşte domeniul controversat al limitelor şi formelor de manifestare a perturbărilor sau organizării lor nevrotice la copil, se constată atît în lucrările diferiţilor autori ca şi în practica clinică existenţa unei mari variabilităţi de expresie a simptomatologiei care ţine de vîrsta dezvoltării neuropsihice în planul edificării personalităţii în ceea ce are ca particularităţi generale, şi de amprenta particulară a individualităţii fiecărui copil, în raport de condiţiile specifice de reactivitate afectivă şi cognitivă în formare în cadrul fiecărui microgrup familial. De aceea am putea afirma că tabloul nevrotic la copil îmbracă aspectul particularităţilor de reacţii individuale în raport cu dezvoltarea stadială, dar, în acelaşi timp modalităţile de exprimare poartă amprenta mediului socio-cultural modelator formativ, în care s-a dezvoltat. În acelaşi timp modalitatea psihogenetică de reactivitate inteligibilă şi comprehensibilă, în reacţia cauză—efect la adult, nu mai poate găsi în cazul copilului, corespondenţe corelative între simptomatologia psihogenetică şi trauma psihică. Chiar dacă trauma psihică constituie, ca şi în cazul adultului factorul etiopatogenic declanşant, modalitatea de răspuns a copilului este diferită în raport de nivelul de dezvoltare psihică şi de organizare a Eului propriu.

În acest sens ni se pare că se forţează lucrurile atribuind copilului de 3 ani comportamente obsesive care ţin îndeasebi de organizarea cognitivă, dar ni se pare pe de altă parte că o modalitate conduitală fobică se poate dezvolta cu mult mai multe şanse la vîrstele mai mici.

Aceste modalităţi reactive ţin la însăşi nivelul mintal al relaţiilor pe care copilul le poate realiza cu mediul ambiental.

Din observaţiile noastre în condiţii de ambulator cît şi în clinică pe o perioadă de 2 ani am putut reţine unele observaţii parţiale în ce priveşte rezolvarea copilului nevrotic.

La vîrsta mică se manifestă cu precădere nevrozele de organ cu elemente de însoţire, ceea ce determină pe majoritatea autorilor să le considere nevroze polisimptomatice sau mixte.

La vîrstele mai mari, în prepubertate sau pubertate întîlnim nevroze asemănătoare cu ale adultului în mare, deşi au o coloratură şi o intensitate diferenţială.

Observaţiile noastre se referă la un lot de 47 de copii cuprinşi între 5—16 ani.

Pe sexe : 19 băieţi şi 28 fete ;

Împărţiţi pe grupe de vîrste astfel :

Băieţi :

5—8 ani = 2 — forme de exprimare a nevrozei fiind instabilitatea psiho-motorie determinată de sentimentul de incertitudine creat de o atitudine needucativă a părinţilor.

11—13 ani = 4 — cu cefalee nevrotică.

13—16 ani = 11 — cu sindroame astenice însoţite de o mare anxietate şi nelinişte psihomotorie care accentua şi mai mult epuizarea pacienţilor.

De notat că la această vîrstă la majoritatea din băieţi — printr-o analiză mai amănunţită — s-au întîlnit intense preocupări erotice.

Peste 16 ani = 2 — cu sindroame obsesivo-fobice cu punct de plecare conflictuală dintre dorinţa de realizare erotică şi imposibilitatea rezolvării acesteia.

Fete :

5—8 ani = 3 — cu instabilitate psihomotorie marcată, nelinişte şi teamă de adult. Considerăm că şi aici a existat acelaşi sentiment de insecuritate ce este determinat de atitudinea inconsistentă, uneori ostilă şi inconsecventă în procesul de educaţie şi formare al copilului.

11—13 ani = 8 din care 2 cu nevroză motorie şi 6 cu cefalee nevrotică.

13—16 ani = 15 — cu manifestări astenodepresive, iritabilitate, disgripnii, hipomnezie, hipoprosexie.

În majoritatea cazurilor la această grupă de vîrstă am constatat un fenomen de suprasolicitare prin studiu fiind copii foarte buni la şcoală şi muncă excesivă în gospodărirea parentală (fiind primele născute şi avînd în timpul liber alţi fraţi mai mici pe care trebuia să-i îngrijească, să-i hrănească, să-i schimbe) ;

Peste 16 ani = 2 — forme de exprimare a nevrozei manifestată prin : sugestibilitate, psihoplasticitate, teatralism, nemulţumire de sine, dorinţa de anturaj, tendinţă la cochetărie excesivă.

Recuperarea în general a constat dintr-un tratament medicamentos, psihoterapic şi de intervenţie (cu caracter de indicaţii şi sfaturi) în familie.

Tratamentul medicamentos la enurezis a constat din : vitamine, stricnină, antideprin, blocaje cu novocaină, regim alimentar adecvat.

Rezultatele au fost de 100% satisfăcătoare.

La instabilitatea psihomotorie tratamentul a constat din vitamine, sedative uşoare şi în cazuri extreme s-a recurs la unele neuroleptice ca : levomepromazin, haloperidol etc.

În tratamentul sindroamelor nevrotice s-a folosit un tratament neuroanabolizant căutînd să refacem echilibrul şi energia nervoasă necesară.

S-a folosit în acest scop vitaminele din grupul B, enerbol, naposim, lecitină, glutarom, după caz şi posibilităţi de administrare.

Cefaleea nevrotică. S-a folosit aceleaşi medicamente cu acţiune simptomatică ca : furosemid, sulfat de magneziu cu glucoză i.v., ederen sau perfuzii cu manitol ;

S-a asociat această medicaţie depletivă plecînd de la ipoteza că, în cefaleea nevrotică ar exista o congestie cerebrală cu o stare de preedem consecutivă. După medicaţia depletivă repetată cîteva zile la rînd, rezultatele au fost salutare şi s-a menţinut un timp mai îndelungat.

În nevrozele isterice tratamentul medicamentos nu a înregistrat succese semnificative ci doar unele ameliorări (mai mult prin efect placebo) pe durată foarte scurtă de timp.

Psihoterapia în aceste afecţiuni s-a utilizat în mod raţional şi gradat. Principiul psihoterapiei în clinica noastră s-a bazat pe studierea afecţiunii şi descoperirea conflictului. De aici a început propriu-zis intervenţia psihoterapică raţională, logică, crescîndă şi susţinută.

De menţionat că acolo unde medicamentele s-au dovedit nu îndeajuns de eficiente cu ajutorul acestei metode s-a reuşit remisia şi menţinerea sa pe o perioadă suficient de lungă.

În cazurile în care prin analiza amănunţită s-a constatat că spina iritativă se găsea în modul de relaţie familială, s-a intervenit cu răbdare, tact şi înţelegere ajungînd în ultimă instanţă la rezolvarea cazurilor în mod favorabil.

Desigur că aceste observaţii nu pot duce la nişte concluzii generale, dar ne ajută şi ne încurajează pentru a aprofunda modul complex de tratament a unui important grup de afecţiuni liminare a psihiatriei.

In this paper the author studies the possibilities for the recovery of the nevrotic child when complex treatment has been made, medicinal and psychoterapy in clinical and ambulatory conditions.

The paper takes into a count 47 children and young persons between 5—6 years old for a period of two years.

STUDIUL EPIDEMIOLOGIC ŞI MEDICO-SOCIAL ÎNTREPRINS DE SPITALUL NEUROPSIHIATRIE INFANTILĂ LUGOJ, PRIVIND EPILEPSIA COPILULUI

Florica Cătăniciu, L. Borbil, R. Pirvulescu. Elena Hîncescu,
Rozalia Pîrvulescu, I. Vasilichia
— *Lugoj*

Lotul nostru cuprinde 100 copii internaţi în perioada anilor 1956—1978, de vîrstă şcolară.

Pentru a putea efectua cercetarea am corelat 100 chestionare răspuns cu foile de observaţie precum şi cu fişele de dispensarizare periodică a celor chestionaţi.

Procentul cel mai ridicat este cuprins între 3—7 ani urmat în ordine de peste 10 ani, 7—10 ani şi 0—3 ani.

Lotul a cuprins un procent mare de forme grand mal, în care noi am inclus şi formele focale cu tendinţe la generalizare, şi un procent mare de forme mixte, asocierea cea mai frecventă fiind grand mal cu crize minore sau psihomotorii.

Graficul indică un procent crescut la tulburările de comportament cu predominanţa sexului masculin şi procent ridicat la tulburări nevrotice, cu creştere procentuală la fete. Psihopatiile şi psihozele ocupă procente scăzute.

Aprecierea coeficientului intelectual pe bază de teste şi probă psiho-pedagogică în şcoala afiliată spitalului, arată că în momentul internării procentul crescut a fost ocupat de intelectul normal urmat de intelectul limită.

Deoarece examinările psihologice s-au repetat în timp se poate constata o scădere a QI de 2% din normal şi 11% din liminar, scădere care se sumează la debilii mintali. Noi am menţinut în lot şi cîţiva debili mintali, care s-au încadrat şi au promovat o şcoală ajutătoare, adaptîndu-se mediu-profesional.

Se relevă faptul că majoritatea foştilor pacienţi au terminat şcoli profesionale, licee, şcoli tehnice, facultăţi sau sînt în curs de şcolarizare, şi numai un procent mic a întrerupt şcolarizarea. Procentul celor ce au făcut şcoala nu se deosebeşte esenţial de loturi de copii fără afecţiuni neuropsihice.

Jumătate din foştii pacienţi lucrează în meserie (sau încă elevi) o mare parte lucrează în alte profesii sau la domiciliu şi un procent foarte mic sînt inapţi de muncă (Spital de cronici).

Se relevează o adaptare medie şi bună în procent relativ egal cu adaptarea profesională slabă.

Procentul cel mai mare este ocupat de : tulburări de personalitate, raportate procentual pe afecţiuni : nevroze, psihopatii, denivelări psihice şi tulburări ce ţin de personalitatea epilepticului : psihoze.

Relaţia bolnav—boală funcţie de personalitate, relevă că în mare de foştii pacienţi îşi privesc boala normal. Un procent relativ semnificativ îl ocupă cei care îşi privesc complexat şi revendicativ boala. La complexaţi procentul fetelor este semnificativ.

Din 77 subiecţi, doar 16,8% sînt căsătoriţi, un procent mic au deja probleme în viaţa civilă. Procentul cu probleme este ocupat doar de fete.

Jumătate din familii au atitudine normală şi un procent semnificativ rejetează fostul pacient.

În procent masiv societatea are o atitudine normală faţă de fostul pacient, actualmente încadrat într-un colectiv de muncă sau şcoală şi doar în 11% este rejetat.

Majoritatea celor chestionaţi au ţinut să facă recomandări medicilor privind boala, tratamentul, dispensarizarea iar un procent scăzut a ţinut să facă recomandări familiei şi colectivului de muncă.

Repartiţia procentuală pe sexe prezintă o diferenţă semnificativă (30% fete, 70% băieţi) care nu reflectă însă morbiditatea reală, deoarece lotul studiat nu este selecţionat dintr-o arie demografică strict delimitată.

Analizînd debutul epilepsiei pe grupe de vîrstă, nu sînt sesizabile diferenţe procentuale semnificative faţă de cele citate în literatura de specialitate.

Urmărirea evoluţiei formelor clinice din perioada copilăriei pînă la adolescenţă şi maturitate, arată că nu au intervenit modificări semnificative din cauză că noi am surprins prin internări trecerile posibile de la petit mal la grand mal sau de la un aspect de criză focalizată la generalizarea ei sau invers, apariţia de aspecte abordive aparent focalizate.

Comparînd rezultatele studiului nostru cu statisticile lui Pond şi Bidwell privind încadrarea epilepticilor în profesii sau alte munci rezultă că doar 9% din foştii noştri pacienţi sînt incapabili de a presta o muncă utilă, faţă de procentul autorilor amintiţi care merg pînă la 20%.

După părerea noastră, ceea ce creează astăzi dificultăţi majore de adaptare, nu sînt atît frecvenţa fenomenelor paroxistice (dispariţia, rărirea sau menţinerea lor) ci, mai ales tulburările psihice de structură dizarmonică sau stările reactive la impactul cu mediul social şi familial şi cu propria-i boală.

Reprezentarea grafică cuprinde 18% nevroze, 26% tulburări de comportament, 9% psihopatii, 2% psihoze, 8% denivelări intelectuale, 13% tulburări nesistematizate ce păreau a ţine de „personalitatea epileptică". În 24% din cazuri nu s-au evidenţiat tulburări psihice interparoxistice.

În perioada internărilor reţinem doar un procent de 10% afecţiuni neurologice manifeste de tiparetic. Afecţiunile somatice au fost în procent de 7%, fără a influenţa însă evoluţia bolii.

Urmărind logitudinal evoluţia bolii şi a tulburărilor psihice interparoxistice după 16 ani se remarcă o creştere semnificativă a procentului subiecţilor fără tulburări psihice de la 24% la 37%.

Constatăm un procent de 63% tulburări psihice.

Procentul reacţiilor nevrotice a scăzut uşor de la 18% la 16% cu predominanţă uşoară la subiecţii de sex feminin, iar procentul structurărilor dizarmonice a personalităţii a crescut de la 9% la 11% cu predominanţă uşoară la subiecţii de sex masculin.

Relevant este faptul că toţi subiecţii cărora în copilărie li s-au decelat tulburări psihopatice se regăsesc după 16 ani în procentul psihopaţilor.

Procentul de 26% tulburări de comportament decelat în copilărie a evoluat în procent mare spre vindecare şi numai un procent minim spre structurare dizarmonică.

Procentul de 2% aparţinînd psihozelor s-a menţinut scăzut şi constant în ambele grafice şi la aceeaşi subiecţi.

În 18% din cazuri se decelează tulburări nesistematizate ce par a ţine de „personalitatea epileptică".

Denivelările intelectuale diagnosticate în perioada copilăriei prin teste psihologice repetate precum şi prin probele psiho-pedagogice s-au menţinut şi după 16 ani, iar evoluţia ulterioară a dovedit o creştere uşoară de la 13% la 16%. În procentul denivelărilor după 16 ani au intrat şi 3 subiecţi în procentul de 5% debili mintali depistaţi în copilărie.

Din cei 16 subiecţi cu denivelări intelectuale doar 6 subiecţi au ajuns într-o situaţie de inadaptare, fiind necesară stricta ocrotire a familiei sau a spitalelor de cronici. Majoritatea au învăţat o profesie şi o exercită.

Apreciind evoluţia QI constatăm că 44% QI normal menţinut şi 38% limită menţinut, aceste procente relevează faptul că majoritatea subiecţilor au terminat sau sînt în curs de a termina şcoli (elementare, profesionale, licee, şcoli tehnice, facultăţi) şi doar 15% au fost obligaţi să întrerupă şcolarizarea. Procentele noastre nu sînt semnificativ deosebite de cele ale copiilor fără tulburări psihice cu intelect normal.

Studiind încadrarea epilepticilor din lotul nostru, în muncă, rezută că 91% sînt capabili de a presta o muncă utilă şi doar 9% prezintă pierderea totală a capacităţii de muncă. În studiul nostru 48% lucrează în meseria pentru care s-au calificat, 27% şi-au schimbat meseria şi locul de muncă, schimbarea profilului fiind o problemă deosebit de frecventă în practica medicală, 13% prestează munci casnice sau agricole la domiciliu şi 2% sînt pensionaţi gradul III. Procentele noastre sînt asemănătoare celor citate în literatura de specialitate.

Deşi 91% din foştii noştri pacienţi sînt încadraţi în diferite locuri de muncă, adaptarea lor profesională sau şcolară este bună în 39% din cazuri, medie 13% din cazuri şi slabă 48% din cazuri.

Dacă la structurile psihopatice inadaptarea ţine de notele revendicative, ce le întîlnim dealtfel şi la alţi subiecţi, procentul total fiind de 24%, în peste 30% din cazuri inadaptările ţin de stările nevrotice reactive, de complexul de inferioritate datorat bolii. Cu toate măsurile de educaţie sanitară întreprinse de către medici, psihologi, pedagogi, laboratoare de sănătate mintală, dispensare teritoriale, etc., doar 46% din cazuri îşi privesc în mod normal boala.

Plasarea bolnavului prin suferinţă şi inferioritate faţă de semenii săi, este extrem de semnificativă analizînd starea civilă a subiecţilor apţi de căsătorie.

Comparînd atitudinea negativistă faţă de încadrarea epilepticilor în muncă în SUA, unde pînă la 25% din experţii interogaţi s-au pronunţat împotriva încadrărilor, în ţara noastră societatea apreciază posibilităţile bolnavului în procent de 81%, îl protejează în procent de 8% şi are un relativ rejet în procent de 11%.

Dacă colectivele de muncă, organizaţiile de muncă şi obşteşti au o atitudine normală şi depun toate eforturile pentru încadrarea şi adaptarea acestor bolnavi mai există lacune privind educaţia sanitară a familiilor acestor bolnavi. O atitudine normală se întîlneşte doar în 50% din cazuri, protejată în 20% din cazuri, iar procentul rejetului familial depăşeşte cu mult procentul rejetului social.

Studiind cu atenţie comunicările şi recomandările pe care foştii pacienţi le fac familiilor, colectivelor de muncă şi cadrelor medicale, constatăm în procent masiv dorinţa de a scăpa de boală, dorinţa de a se intensifica cercetările medicale privind descoperirea unor noi metode de tratament, precum şi dorinţa ca medicii să fie în permanentă legătură cu colectivele de muncă şi familia.

În sprijinul acestor dorinţe, în sprijinul întregii profilaxii a bolilor neuropsihice, precum şi în sprijinul unei educaţii sanitare eficiente vine Legea privind asigurarea sănătăţii populaţiei.

CONCLUZII

1. Pe baza studiului întreprins, putem arăta că progresele ce s-au făcut în abordarea acestei boli în România, au avut efect nu numai asupra bolii, ci a dus şi la schimbarea atitudinii opiniei publice.

Faptul că peste 90% din foştii copii epileptici lucrează sau sînt încă şcolarizaţi în condiţii dintre cele mai bune, pentru a se insera socio-profesional şi familial, este nu numai meritul medicilor ci şi a evoluţiei sociale în ansamblu.

2. Progresele ce s-au făcut în ţara noastră în tratamentul copiilor epileptici, precum şi buna conlucrare cu familia, şcoala şi colectivul de muncă, a făcut ca procentul de 24% copii epileptici consideraţi indemni din punct de vedere psihic să ajungă după 16 ani la 37%.

3. Fenomenele psihopedagogice etichetate în copilărie ca structuri dizarmonice s-au menţinut şi după 16 ani, procentul lor crescînd însă nesemnificativ, iar formele clinice întîlnite nu au avut o gravitate deosebită. Procentul de structuri dizarmonice ale lotului nostru este mai scăzut faţă de cel din literatura de specialitate.

4. Procentul relativ mare de inadaptări şcolare şi profesionale procentul mare al inadaptării la viaţa de familie precum şi procentul relativ mare al bolnavilor care au o atitudine falsă faţă de boală este datorat nu atît bolii de bază, cît mai ales tulburărilor psihice interparoxistice în care reacţiile nevrotice cu factorul lor complexual şi psihopatiile cu factorul lor revendicativ sînt dominante.

5. Deşi s-au obţinut progrese evidente în combaterea fenomenelor paroxistice ale bolii, a prevenirii structurărilor patologice, cît şi în dispariţia sau ameliorarea celorlalte tulburări psihice interparoxistice, aceste progrese nu pot evita că aceste suferinţe să mai persiste la copiii epileptici şi să influenţeze dezvoltarea personalităţii lor. De aceea angajarea medicului în tratamentul unui copil epileptic nu poate fi legată de latura curativă ci trebuie să folosească cu înţelepciune toate mijloacele pe care societatea i le pune la dispoziţie.

6. Cu toate că fenomenele de inadaptare au fost prezentate şi la subiecţii şcolari, procentul mare de copii epileptici care au terminat sau sînt în curs de a termina diverse şcoli, pledează în favoarea unui sistem de învăţămînt modern, diversificat şi elastic. Cabinetul psihopedagogic de orientare profesională în şcoli a devenit o necesitate.

7. Deoarece în studiul nostru bolnavul şi familia în procent mare societatea în procent mic prezintă încă carenţe în cunoaşterea acestei boli, sînt necesare măsuri de educaţie sanitară continue, care să folosească toate mijloacele de informare „mass media".

8. În vederea scăderii procentului de îmbolnăviri prin această boală şi a prevenirii apariţiei tulburărilor psihice interparoxistice şi a agravărilor, sînt necesare măsuri profilactice permanente : laboratorul de sănătate mintală teritorial devine centrul acestor activităţi.

9. Privind cu respect dorinţele subiecţilor chestionaţi, privind cu respect dorinţa lor de a merge în ritmul de dezvoltare al societăţii, este mai necesară ca oricînd intensificarea activităţii de cercetare ştiinţifică în această boală, descoperirea unor noi metode de tratament şi o activitate profilatico-educativă continuă şi fermă.

TRATAMENTUL PSIHOPROFILACTIC AL TULBURARILOR DE COMPORTAMENT LA COPILUL EPILEPTIC

T. Stamatin, M. Şelaru
— *Iaşi*

Fenomenul de adaptare psiho-socială apare ca o preocupare particular de frecventă în epoca contemporană cu referiri la toate vîrstele şi dimensiunile parametrilor de integrare familială, instructiv-educativă şi profesională.

Abordat sub diversele aspecte ale factorilor subiectivi şi obiectivi de intervenţii şi determinare în planul proceselor de asimilare şi acomodare adaptativă, procesualitatea încorporării condiţiilor sociale, şi ale răspunsului adecvat în raport cu acestea constituie atît pentru psihologia normală cît şi pentru psihopatologie, un subiect cu numeroase implicaţii.

Considerarea nuanţată e aceea ce este predominant (biologic, psihologic şi social) în dezvoltarea fiecărei individualităţi cu raportarea concomitentă la condiţiile concrete ale factorilor de micro- sau de macro- grup social, apare ca o condiţie metrobiologică nu numai pentru dezvoltarea normală a personalităţii, dar şi pentru reacţii sau dezvoltări anormale cu eventuale manifestări discomportamentale.

În cazurile în care mediul familial este mai rigid, mai puţin permisiv, negativ structurat sau destructurat cu manifestări conflictuale, şansa apariţiei şi manifestărilor precare, a tulburărilor de comportament în cazul copilului epileptic este mult mai ridicată. Pe de altă parte se pare că încărcătura ereditară negativă şi suferinţele encefale corticale şi în particular vegetative sînt mai bine reprezentate în ansamblu tabloului clinic cu atît mai mult pentru bara inadecvată de tip comportamental se poate manifesta mai precoce chiar şi în cazul unui mediu social formabil.

Grija excesivă, comportamentul hiperprotectiv şi anxios determinat de perspectiva nesigură a survenirii unui nou paroxism şi a unei eventuale stagnări în dezvoltarea psihică sau determinări intelective, capabilă să asigure o integrare de autoconducţie socială independentă, tensionată în mod negativ climatul familial şi dezvoltă dependenţa pînă la supuneri şi incertitudini a copilului suferind, cu consecinţe defavorabile pentru structura instanţelor psihice necesare unei adaptări satisfăcătoare la mediu.

În alte cazuri copilul se află în situaţii de respingere afectivă din partea mediului familial, ceea ce permite dezvoltarea unor structuri dizarmonice de personalitate cu modalitate psihogenetică de răspuns a unei individualităţi fragilizate maladiv de însăşi boala fundamentală.

Cu atît mai mult apare riscul unor dezvoltări precoce de tipul psihopatiei epileptice în cazul în care unul sau ambii părinţi prezintă o maladie psihică similară sau disimilară cu manifestări clinice sau infraclinice. În aceste situaţii riscul incidentei manifestărilor comportamentale aberante poate fi deosebit de ridicat. În afara mediului familial şi îndeosebi în cadrul microgrupurilar preşcolare sau şcolare prezenţa copilului poate în eventualitatea unui paroxism, să fie grevată deprecierea valorică, pozitivă, sau negativă a anturajului favorizînd sau nu reacţii de inferioritate şi fenomene complexuale cu şanse de organizare dezadaptativă şi risc instructiv-educativ.

În aceste condiţii psihoterapia cu valenţele sale diverse şi diferenţiate îşi are o importantă participare în prevenirea instalării fenomenelor negative intrapsihice şi interpsihice. A explica fără exagerări caracterul de durată a bolii cu şansele concomitente ale unei adaptări armonioase la mediu şi în raport cu nivelul de dezvoltare a funcţiilor operaţionale ale integrării sociale constituie obligaţia medicală esenţială a raporturilor dintre medic şi microgrupul familial sau instructiv-educativ. În faţa acestei realităţi dramatice, medicul consideră că trebuie să adopte o atitudine realistă dublată însă de compasiunea optimistă dar profund umanistă faţă de bolnav şi familie, prescriind în mod individualizat terapeutica pe care trebuie s-o diferenţieze cu răbdare şi calm, fără a abandona bolnavul în cazul unor insuccese şi susţinînd moral familia, microgrupul instructiv educativ socio-profesional chiar şi atunci cînd relaţiile lor cu pacientul au devenit profund conflictuale.

Terapia biologică de susţinere, dublată de psihoterapia raţională şi deci realizată se impune ca o realitate inevitabilă, chiar dacă boala aşa cum este cunoscut, are un determinism biologic manifest.

Psihoterapia constituie factorul de mediere în crearea unor condiţii favorabile de existenţă a bolnavului epileptic şi de prevenire a unor decompensări de substrat morfo-funcţional dinamic cerebral la acţiunea unor factori negativi psihotraumatizaţi.

Psihoterapia familiei în cazul copiilor epileptici cu tulburări de comportament este cu atît mai dificilă cu cît stările conflictuale sînt mai intense şi mai de lungă durată.

În acest caz medicul se cuvine să acţioneze cu tact şi răbdare pentru a evidenţia ceea ce este nuclearitate conflictuală în interrelaţiile membrilor microgrupului familial. Armonizarea relaţiilor familiale considerăm, poate că ar trebui să constituie obiectivul ţintă al demersului psihoterapeutic.

Tot în ceea ce priveşte familia şi în particular acele familii în care copilul epileptic este şi copil unic, de frecvente ori se observă riscul disociaţiei familiale din partea unuia sau altuia dintre soţi, ceea ce determină reacţii genative de natura comportamentală sau nevrotică din partea copilului.

În asemenea situaţii intervenţia psihoterapeutică vizează ansamblul terapiei comportamentale intrafamiliale.

În cazul în care apar dificultăţi ale inserţiei socio-profesionale şi în condiţiile unui microgrup productiv permisiv, atunci apare necesitatea asocierii socioterapiei cu psihoterapia familiei şi cu cercetarea atentă a factorilor de microclimat fizic care acţionează negativ decompensind personalitatea.

După opinia noastră, psihoterapia fenomenelor discomportamentale la copilul şi adolescentul epileptic se impune în mod necesar a fi asociat cu o terapeutică biologică diferenţiată aplicată concomitent unei socioterapii corespunzătoare.

Din observaţiile noastre în condiţii de ambulator la un număr de 100 copii pe parcurs de 1 (un) an de zile prin L.S.M. la copii şi adolescenţii epileptici, s-a constatat următoarele : 1. — predomină numărul băieţilor (60) faţă de fete (40) ; 2. — împărţite pe grupe de vîrstă ponderea o deţine grupa de vîrstă 8—13 ani ; 3. — tulburările de comportament s-au manifestat cu precădere la sexul masculin şi au constat din : — insubordonare ; — labilitate cu instabilitate emoţional afectivă cu frecvente izbucniri violent agresive asupra anturajului ; 4. — în familiile pe cale de disociere pacienţii erau neglijaţi, ostracizaţi iar tulburările de comportament căpătau trăsături deosebit de grave cu mare pericol social (fiind foarte agresivi, răzbunători atît asupra părinţilor cît şi a copiilor de pe stradă şi din şcoală).

Dăm mai jos structura pe sex, vîrstă şi formele discomportamentale ce au existat pe lotul studiat dintre care băieţi : între 7—8 ani = 15 ; 8—13 ani = 30 ; 13—16 ani = 15 ; iar fete în număr de 40 : între 7—8 ani = 5 ; 8—13 ani = 32 ; 13—16 ani = 3.

Dintre aceştia 11 băieţi şi 3 fete au prezentat tulburări de comportament.

Băieţii între 13—16 ani în 8 cazuri prezentau : insubordonare cu reacţii de opoziţie deschisă faţă de părinţi, manifestări paroxistice de agresivitate şi tendinţă la răzbunare.

The authors describe some missconduct peculiaritics psycho-genessis the way of opperance and manifestation. They have been studied 100 epileptic children between 7—16 years for one year and they observed the appearance of these missconducts at 14 children of which 11 boys and 3 girls.

Considerations are token into a count as for as the the etiopathageneriis is concerned and the ways to prevent and treat it.

CÎTEVA ASPECTE PARTICULARE ALE DEZADAPTARII LA ADOLESCENŢA

C. Turcu, Ana Ananie-Popovici

— Brăila

Adolescenţa constituie o etapă frămîntată în psihoontogeneza individului, un teren al dificultăţilor şi controverselor pentru filozofi, psihologi, pedagogi, pentru părinţi în special şi nu mai puţin pentru psihiatri.

Modelele familiilor în care se pot ivi psihogenii diverse la adolescenţă sînt nenumărate, mai mult sau mai puţin clasificabile. Am ales numai două cazuri de reacţii de dezadaptare cu diagnosticuri controversate, cazuri bine cunoscute cu evoluția lor din copilărie, unul pînă la stadiul de adult și în care și familiile cu problemtica lor au fost analizate.

CAZUL 1. — A.D. 24 ani

Tatăl — docil, blînd, cu personalitate slab conturată și fără cuvînt în familie.

Mama — rigidă, perfecționism împins la absurd, sociabilitate redusă, severitate, pozează în sacrificată pentru familie.

O soră — medic — ambițioasă, dornică să-și demonstreze superioritatea — integrată bine socio-familial și profesional. Face tot ceea ce este posibil pentru vindecarea surorii sale, rănită de faptul că poate avea o rudă bolnavă psihic.

Frate — inginer — intolerant față de greșelile mezinei pînă la brutalitate.

Pacienta — copil model căreia de mică i-a fost infiltrată dorința perfecțiunii, pe undeva lipsită de copilărie, supravegheată în permanență. Ajunsă studentă la medicină, disperată că nu mai reușește să facă față conform ambițiilor familiei, plus un eșec sentimental, după exemplul altor colegi începe să utilizeze silutinul pentru sporirea performanțelor. Obișnuința duce progresiv la creșterea dozelor (chiar 50 dg/zi) și scrie surorii sale: „am descoperit secretul succesului, dar nu pot să ți-l spun". Ulterior apare un tablou psihotic încîlcit de aspect schizoform catatoniform, diagnosticat ca „Schizofrenie catatonică" (de fapt refuz activ de a colabora și discuta cu „opresorii", să nu uităm că este vorba și de o personalitate introvertită și hipersensibilă). Retrasă de la facultate, înscrisă la școala sanitară, supravegheată de către familie, recîștigă în greutate, se echilibrează psihic. Dar perfecționista ambițioasă nu se va complace în noua ei profesie și cu atît mai puțin cu supravegherea polițienească a familiei.

Încercările de evadare din microclimat, de apropiere de colegi, eșuează în parte din cauza atitudini familiei cît mai ales din cauza educației rigide „hipereficiente". Reîncepe consumul de silutin sau de cantități enorme de cafea, utilizează parafe false, suspectată de farmaciști. Reinternată, face fenomene de sevraj, ajunge să fure bani, să-și vîndă lucrurile pe preț de nimic. Rămîne totuși un copil șotios, cu afecțiune față de părinți, în ciuda unor dileme („Eu înțelegeam mama ca pe o bijuterie mică, de preț, discret ascunsă sub un șervețel de masă... mama se plîngea mereu că se sacrifică pentru noi"), cu nevoia de comunicare și de prietenie răzbind prin carcasa de rigiditate și reticență. Aparentul delir de influență este de fapt un melange de mentism, reverie acutizată pînă la sentimentul realității sub drog. După tratament și în continuare supravegheată de către familie se reechilibrează temporar persistînd dorința vie, motiv de continui conflicte, a continuării I.M.F.-ului. În ce privește evoluția personalității pacientei se înregistrează o stagnare.

CAZUL 2. — I.A. 17 ani

Mama — farmacistă — personalitate armonioasă.

Tatăl — translator — „sclipitor de inteligent, agreabil în societate, un mare inafectiv însă". Bunicii, după tată cu aceleași trăsături caracteriale.

Cînd copilul împlinește 7 ani, părinții se despart. Copilul suferă în tăcere. Mama încearcă, fără succes, o reîntregire a familiei. I.A. tentează în cîteva rînduri reluarea legăturii cu bunicii, fie chiar și fugind de acasă deși își adoră mama. Este primit convențional, fără nici un pic de căldură. La școală este cotat mereu printre premianți fără a fi un ambițios. Stenic, sociabil, plin de inițiativă, inteligență nativă. La 15 ani modificările biopsihologice se produc cu rapiditate, aproape turbulent. Sentimentul independenței interioare, acut, duce la conflicte, în fond rigid apreciate de profesori și la scăderea notei la purtare. În vederea urmării arhitecturii dă concurs pentru treapta a doua la un alt liceu. Este primit cu ostilitate, acuzat de a fi copiat la examen, suspectat că ar fi fost exmatriculat de la celălalt liceu. Colegii sînt reticenți. Profesorii îl nedreptățesc în aprecierea cunoștințelor lui. Adolescentul, în noul lui microclimat resimte cu acuitate frustrația afectivă prin lipsa unui părinte. În cea de a doua lună de școală, apar insomnii, anxietate, se încăpățînează să reziste. Urmează veritabila explozie — reacția psihotică delirant-paranoidă de subșoc cu idei de reconstrucție a societății după norme comuniste. Internat de urgență, comportamentul delirant sugerează admirabil aroganța, independența, idealismul și negativismul adolescenței caricaturizate și chiar al unei schizofrenii hebefrenice. Dar în primplan și pentru un neavizat respiră suferința absenței tatălui pe care îl reclamă continuu. Vizita acestuia, comparabilă cu o discuție de afaceri agreabilă, îl dezamăgește și totuși îl bucură: „Este tatăl meu, așa cum este, mă bucură că a venit, chiar dacă nu-i cer nimic". Se aplică o cură cu neuroleptice incisive, inclusiv cură Sakel. Regresia simptomatologiei psihotice comprehensibile este spectaculară, receptivitatea la psihoterapie surprinzătoare. La un test Rorschach improvizat în locul a doi regi ce-și împart coroana, de la prima interpretare, apare un tun, „relicvă a secolelor de război, simplă piesă de muzeu", la a doua interpretare. În locul tabloului psihotic se instalează o simptomatologie depresiv-anxioasă nevrotică legată de statutul de bolnav, suferința mamei, prognostic.

Cazurile analizate, primul în special (A.D.) pun probleme dificile de diagnostic și de tratament, fapt demonstrat de aprecierea eronată ca „Schizofrenie catatonică". Ori diagnosticul în psihiatrie este în general dificil, probele paraclinice rareori fiindu-ne de ajutor. Se impune o anchetă socială documentată, o bună cunoaștere atît a pacientului cît și a microclimatului, în special a familiei, a psihologiei lor în secțiune longitudinală, inclusiv a reacției mediului apropiat față de bolnav. Așteptarea confirmării sau infirmării diagnosticului de către evoluție presupune un timp prețios pierdut, riscul structurării unei personalități morbide. Chimioterapia simptomatică rezolvă parțial cazul, spina iritativă, factorul perturbator persistînd. Se impune deci ca nu numai în calitate de diagnosticieni ci și mai ales de psihoterapeuți să ne îndreptăm atenția spre familie încercînd o restructurare a ambianței psihologice. Dificultățile psihoterapiei adolescentului sînt recunoscute. Dacă la copil se acceptă ideea dirijării, la adult se merge în special pe destructurarea personalității morbide și reconstrucția ei, aparent spontană, de fapt fiind dirijată; pentru familie este adecvată psihoterapia de tip suportiv sau reflectiv; adolescența ne impune, și mai ales în cazul celei prelungite, combinarea, individualizarea și prelungirea mult în timp a metodelor. Teoretic lucrurile par simple, în practică devin cu atît mai complicate cu cît la prima vedere este vorba ades de familii relativ armonioase, hiperprotecția aparentă sau reală, autoritarismul, perfecționismul fiind considerate de către părinți mai degrabă calități decît defecte. Și chiar înțelegînd logic realitatea, le va fi greu să o accepte subiectiv, încă mai greu să-și dărîme „castelul lor de chibrituri", transformînd din rădăcini o structură psihologică cristalizată în ani și ani a familiei, un părelnic echilibru „perturbat numai de către pacient".

Se impune deci pentru diagnosticarea și tratarea reacțiilor de dezadaptare la adolescență cunoașterea aprofundată în secțiune longitudinală a pacientului și nișei ecopsihologice, o psihoterapie complexă, intensivă și extensivă, susținută în timp, vizînd inclusiv mediul social ambiental.

Exhibiting two peculiar cases, the authors emphasise the importance of the disadaptation-syndrom of the teen-ager, wich can afford error of diagnostic; they emphasise too the role of the family — psychostructure and generally, of the environmental factors. Conclusively, they put guard on the signification of the diagnostic about the future of the teen-ager as well on the psychotherapy extended even on the family.

UNELE CONSIDERAȚII CU PRIVIRE LA ELEVII DIN CASELE DE COPII

Gh. Scripcaru, Gh. Drăghici, Th. Ciornea, V. Mihăescu Dorina Zaharia
— *Iași*

NOTA

Începînd din vara anului 1979 Laboratorul exterior de medicină Legală Iași a inițiat o amplă investigație interdisciplinară asupra personalității și comportamentului elevilor din unele case de copii, avînd în vedere anumite particularități existente în formarea și dezvoltarea psiho-intelectuală și în integrarea școlară și profesională a acestor elevi; pe de altă parte referințele din literatura de specialitate cu privire la această problematică sînt puține și se referă doar la unele aspecte.

Proiectul general de studiu este astfel conceput încît cuprinde o vastă arie de probleme de ordin psihologic, biogenetic, sociologic, pedagogic și cultural. Folosim totodată și unele indicații și instrumente de lucru elaborate de specialiști ai O.M.S. în acest domeniu. (ex. chestionar psiho-socio-cultural). Practic interesează întreaga personalitate a acestor elevi — realitate biopsiho-socială dinamică și unitară — și în același timp comportamentul lor — expresie sintetică a personalității obiectivată în actele umane ca urmare a interrelației psihic—mediu.

Cercetarea se desfășoară într-o viziune longitudinală, urmărindu-se evoluția acestor copii de la intrarea în școală și pînă la absolvirea acesteia (în limita posibilităților avîndu-se în vedere și unele aspecte de dinaintea intrării în școală sau de după absolvirea acesteia). Pe de altă parte investigația vizează și eficacitatea actualelor formule organizatorice existente în aceste instituții precum și eventualele propuneri noi pe linia creșterii eficacității procesului instructiv-educativ integrator care se desfășoară aici.

Concret, studiul are în observație elevii din Casa de copii Bucium — Iași (fete) și din casele de copii nr. 1 și nr. 2 Piatra Neamț (băieți și fete) care totalizează peste 1 400 de elevi și se desfășoară cu sprijinul inspectoratelor școlare ale județelor Iași și Neamț precum și al cadrelor didactice din aceste școli.

Concluziile pe care le prezentăm în continuare reprezintă date preliminare ale acestei investigații și au un caracter de generalitate.

Rezultate și discuții

1) O constatare oarecum surprinzătoare este faptul că cea mai mare a elevilor din aceste instituții de ocrotire nu sînt orfani propriu-ziși (lipsiți de ambii părinți) ci copiii care provin în marea lor majoritate din familii dezorganizate sau cu un număr mare de membri. Statistic situația se prezintă în felul următor:

a) proveniți din familii dezorganizate 45%;

b) proveniți din familii cu 4 sau mai mulți copii 32% (internați în primul rînd din motive de ordin material dar și de altă factură);

c) orfani de unul din părinți 16%, dintre care lipsiți de mamă 6%, iar de tată 10%;

d) orfani de ambii părinți 7%.

În special în categoria a dar și în categoriile b și c întîlnim o gamă extraordinară de anomalii de toate tipurile: analfabetism, abandon familial (mai frecvent în cazul tatălui), concubinaj, boli organice (T.B.C.) și psihice (nevroze, schizofrenii, epilepsii), alcoolism, prostituție, violuri, violențe familiale, crime etc.

De un dramatism deosebit și cu profunde implicații psihomorale sînt unele din acestea situații traumatizante la care copiii au fost fie martori oculari fie victime.

Un fenomen demn de remarcat este faptul că abandonul moral al copiilor care au părinți — după intrarea în școală aceștia din urmă lăsîndu-i exclusiv în grija educatorilor — lasă urme poate mai adînci decît în cazul celor orfani.

În aceste școli se semnalează și unele tentative de adopțiune care au consecințe neplăcute pentru copii.

Se înțelege astfel că abordarea unei asemenea problematici capătă note specifice deoarece, într-un fel sau altul copilul recepționează totuși influențe din partea familiei (interesînd în mod deosebit cele negative).

2) În ceea ce privește mediul de provediență al copiilor, proporția urban-rural apare ca net inegală, copiii din sate și comune fiind mult mai numeroși (76% rural față de 24% urban). Acest aspect ridică pe deoparte probleme de ordin sociologic și cultural privind statutul social de valori din unele comunități rurale în etapa actuală (există în realitate cîteva localități din județele respective care livrează un număr crescut de copii către aceste școli în raport cu alte așezări), iar pe de altă parte probleme psiho-pedagogice deoarece, din declarațiile cadrelor didactice rezultă că cel puțin în primii ani ai școlarității copiii din mediul rural manifestă unele particularități în adaptarea la noul mediu.

3) La intrarea în clasa I acești copii prezintă o dezvoltare psiho-intelectuală mai redusă decît elevii de aceeași vîrstă ai școlilor de masă, poate nu atît ca potențial aptitudinal cît mai ales ca rezultat al nestimulării și neexersării proceselor afectiv cognitive în primii ani de viață. Deși precizarea de mai sus se impune, din investigațiile noastre privind nivelul de dezvoltare intelectuală (care concordă și cu relatările cadrelor didactice) rezultă că cel puțin 10% din populația școlară actuală trebuie atent studiată și observată deoarece pune mari probleme de eșec școlar, elevii din această categorie plasîndu-se în diferite zone ale deficienței mintale, necesitînd drept urmare orientarea lor către școli speciale.

În acord cu ideea de mai sus se poate constata că un număr foarte ridicat de copii prezintă tulburări de limbaj (în special dislexii și disgrafii) sau întîrzieri în dezvoltarea limbajului, mai ales aceia care au parcurs întreaga gamă a sistemului de ocrotire, începînd cu leagănul de copii și continuînd cu casa de copii preșcolari (de ex. la Școala din Bucium Iași din cei 225 elevi ai claselor I—IV 60 prezintă diverse tulburări de limbaj — 37%). Menționăm că între elevii care înainte de școală au trăit în leagăne și case de copii preșcolari și cei care au venit ulterior în casele de copii există diferențe semnificative de dezvoltare.

De aceea, deși în esență acești elevi trebuie cotați ca normali, faptul că manifestă unele particularități în dezvoltarea psiho-intelectuală face strict necesară prezența în aceste școli a cabinetelor de logopedie (lucru realizat numai parțial datorită numărului insuficient de specialiști), precum și a cabinetelor de psihologie care nu există nici una din ele.

Pe de altă parte există un mare număr de copii care prezintă o slabă dezvoltare somatică (mai ales hipostaturali și subponderali) precum și diverse afecțiuni organice favorizate printre altele și de slabele deprinderi igienico-alimentare ale acestor elevi. Ținînd cont de această situație considerăm că prezența unui singur medic care își desfășoară activitatea doar o zi pe săptămînă la Casa de copii din Bucium Iași care numără 700 de eleve, ni se pare insuficientă (situația este asemănătoare și la P. Neamț).

4) Întreaga problematică de care ne ocupăm o urmărim în strînsă legătură cu situația specifică în care se află acești copii — aceea de frustrație afectivă — plecînd de la ideea că oricît de unitar sau animat de simțăminte bune ar fi colectivul didactic sau personalul de îngrijire dintr-o asemenea instituție, prezența climatului socio-afectiv existent în sînul unei familii nu poate fi suplinită decît într-o mică măsură.

Se știe că afectivitatea constituie o latură de bază în formarea și dezvoltarea personalității umane și privarea copilului de afecțiune are implicații dintre cele mai deosebite asupra evoluției psihosociale a acestuia.

Atît observațiile curente pe care le-am desfășurat în școală cît și investigația cu teste proiective și chestionare de personalitate au demonstrat că existența acestui fenomen este certă : pe de o parte acești copii prezintă puternice modificări în sfera emoțională, iar pe de altă parte ei trăiesc acut privațiunea afectivă întocmai cum deficientul mintal resimte povara handicapului său intelectual.

Amintim aici că printre numeroasele încercări explicative ale frustrației (se înțelege că aceasta poate fi nu numai afectivă ci și obiectuală, valorică, morală etc.) și implicațiilor ei în sfera comportamentală se înscriu și faimoasele teze ale Școlii Yale — New Haven (SUA) de factură behavioristă, prima dintre ele postulînd faptul că orice agresiune este rezultatul unei frustrații, iar cea de a doua, că orice frustrație duce la agresiune, teze criticate pe bună dreptate întrucît nu s-a putut stabili o legătură directă totdeauna valabilă între cele două concepte — frustrație și agresiune.

Deoarece varietatea formelor și intensităților reacțiilor comportamentale în situații frustrante este foarte mare, devine vizibilă aici (întocmai ca și în cazul celeilalte formule, mai generale, a behaviorismului, S—R) antrenarea întregii personalități umane cu toate determinările ei bio-psiho-sociale și în primul rînd nivelul de conștiință și scara de valori, rol evidențiat între altele și de către ceea ce a fost denumit pragul (nivelul) de toleranță la frustrație al unui individ (Rozensweig). Pe de altă parte rolul educației, al normelor sociale existente și al împrejurărilor de mediu este considerabil.

5) Un fenomen care pune mari probleme în desfășurarea unei activități normale este acela că procentul elevilor cu modificări de personalitate și cu tulburări de comportament din școlile amintite este foarte mare peste 25% dintre ei prezentînd o gamă largă de trăsături negative care duc la o slabă capacitate de integrare în viața școlii și la perturbarea procesului de învățămînt.

Copiii din această categorie prezintă stări depresive și anxioase labilitate afectivă, tensiune emoțională, instabilitate psihomotorie, astenie psiho-fizică și fatigabilitate, apatie și lentoare în activitate, irascibilitate, opoziționism, impulsivitate, vocabular injurios etc.

La elevii mai mari aceste simptome se agravează obiectivîndu-se în tulburări de comportament care pun și probleme de ordin social : atitudini necorespunzătoare față de profesori, fugi repetate de la școală, minciună, vagabondaj, agresivitate, furturi în școală și în afara acesteia, atitudini de protest și conflict, sadisme (mai ales în viața de internat), aventuri erotico-sexuale mergînd pînă la prostituție etc. De semnalat faptul că peste 50 de elevi și eleve din clasele mari se află în evidența organelor de miliție pentru diverse abateri de la normele de conduită.

Investigația psihologică preliminară a celor 51 de elevi și eleve din clasele a VIII-a (15 băieți și 36 de fete) din totalul de 163 subiecți ai acestor clase cotați de profesori drept elevi-problemă ca urmare a faptelor comise, a pus în evidență următoarele :

1) tensiune emoțională accentuată : 37 cazuri (în special fete) ;

2) instabilitate comportamentală : 32 cazuri ;

3) tendințe impulsive : 23 cazuri ;

4) tendințe schizoide pe fondul unor personalități tipic introvertite : 22 cazuri ;

5) nervozitate crescută : 16 cazuri ;

6) încărcătură anxioasă : (Q4) în special pentru elementele : a) conștiința de sine : 25 cazuri ; b) tendință spre culpabilitate : 18 cazuri ; c) insecuritate personal socială : 8 cazuri (dar alți 17 subiecți se plasează în decilul 7).

Fără a analiza în detaliu răspunsurile la testul de frustrație Rosenzweig semnalăm doar că predomină reacțiile de apărare a eului (E—D) de factură extrapunitivă.

Dacă este adevărat că absența frustrației în copilărie (totală) îl face pe subiect incapabil de a răspunde adecvat în situații frustrante survenite ulterior tot așa de exact este faptul că o frustrație excesivă (cazul copiilor de care ne ocupăm), va avea drept efect formarea unei personalități fragile, cu un grad scăzut de toleranță, cu reacții de apărare a eului, cu inhibiții în dezvoltare etc.

Toate acestea antrenează o scădere globală a randamentului școlar elevii rămînînd frecvent corijenți, slăbind totodată posibilitățile acestora de integrare în mediul școlar și social.

Prin prisma celor spuse anterior apare ca explicabil faptul că în timp ce din punct de vedere instructiv-informațional elevii sînt în general pregătiți pentru a urma alte etape de școlarizare, sub aspect formativ-educațional aceștia se maturizează greu, sînt susceptibili, fragili afectiv, cu dificultăți de contact social, ei neposedînd elementele necesare unei corespunzătoare inserții post școlare. În această direcție școlile amintite mai au multe lucruri de realizat (și nu numai ele).

Fiind vorba de activități desfășurate într-un cadru instituționalizat (școală) tulburările comportamentale la acești copii nu ating în general (exceptînd clasele mai mari) grade deosebite de nocivitate, dar după terminarea școlii, datorită faptului că ei numai au nici-o autoritate care să-i coordoneze se trezesc frecvent în situații de conflict și eșec adaptativ.

Noi nu am avut pînă acum posibilitatea să investigăm absolvenții acestor școli dar din relatările personalului din conducere reiese că peste 50% dintre aceștia pun mari probleme de integrare post-școlară. Adeseori diverse organe solicită ajutorul caselor de copii, și ele-l acordă în limita posibilităților, dar acest lucru este practic greu de realizat, școala nemaiavînd de drept decît atribuții de ordin moral față de foștii elevi. Acesta este un aspect deosebit prin implicațiile sale și trebuie avut în vedere de toți factorii responsabili cu educarea și integrarea acestor copii.

Privită prin prisma considerațiilor de mai sus problematica legată de personalitatea și comportamentul elevilor din casele de copii ne apare ca extrem de complexă și ea trebuie să necesite o atenție sporită din partea cercetătorilor, a cadrelor didactice, a organelor de decizie.

CONCLUZII

Situația deosebită în care se află acești copii, și în primul rînd aceea de privațiune afectivă, duce la puternice modificări de personalitate și tulburări de comportament la peste un sfert dintre ei în timpul școlarității, modificări care se conturează în mari modificări de inserție profesională și socială la peste jumătate din absolvenții acestor școli.

Studiul atent, în profunzime al acestor copii trebuie să se materializeze într-un program de asistență și ocrotire mult îmbunătățit față de cel existent actualmente, căutîndu-se noi soluții pentru remedierea situației. Noi vom menționa aici doar cîteva sugestii de ordin general :

1) Din observațiile noastre cît și din aprecierile personalului didactic reiese că acești copii ar trebui să învețe laolaltă cu elevii din cartier în școlile de masă, casa de copii avînd doar rol de internat (cazare și masă). Acest lucru contribuie la atenuarea complexelor de personalitate și mărește coeficientul de socializare (spre exemplu, la elevele claselor V—X din Bucium Iași care nu învață la casa de copii ci la Șc. gen. 2 din cartier, se observă printre altele o tensiune emoțională mai scăzută în raport cu cele de la Piatra Neamț unde nu se realizează acest lucru).

2) Imprimarea unui stil de muncă unitar și mai puțin autoritar în rîndul educatorilor, diminuîndu-se și pe această cale disconfortul psiho-afectiv în care se află copiii.

3) Supravegherea atentă a activității elevilor în condițiile vieții de internat deoarece în acest context apare o țesătură de relații și fapte deosebite, altele decît cele din clasă, care de obicei scapă observației educatorilor.

4) Interzicerea plecării copiilor pe timpul vacanței în sînul familiilor dezorganizate sau tarate moral și afectiv datorită influențelor negative pe care aceștia le pot recepta.

5) Asigurarea unui climat optim de sanogeneză pentru dezvoltarea psihosomatică a copiilor. Semnalăm că folosirea în leagăne sau case de preșcolari a substanțelor barbiturice (luminal) în doze mari nu este indicată datorită implicațiilor negative ale acestora asupra personalității în formare și în special asupra activității creierului.

6) Asigurarea asistenței medicale necesare atît ca terapie cît și ca educație sanitară.

7) Dotarea acestor școli cu cabinete de psihologie

care să contribuie la depistarea celor cu deficienţe intelectuale, la o mai corectă orientare şcolară şi profesională etc.

8) Urmărirea traiectoriei şcolare şi profesionale a absolvenţilor, pentru că în fond, roadele muncii educatorilor sînt date de nivelul de realizare şcolară, profesională şi de gradul de inserţie socială ale acestora.

The article reveals some considerations concerning the pupils personality and behaviour from the children's hostels; the conclusions represent some preliminary date of the interdisciplinary study realised by the exterior Laboratory of forensic-medicine, Iaşi with a group of 1 400 pupils. The investigation reveals the importance of some psychologicals, biogeneticals, sociologicals, pedagogicals and culturels factors in the formation and evolution of these pupils.

The authors observe problems such as:

1. the provenience of these children from the desorganisates families and rurals comunities.

2. the psycho-intellectual and somatic development of these pupils is diminuated in comparison with the other pupils.

3. the situation of affective frustrations of the pupils has negative implications in development and integration of these children.

4. the strongs modifications of personality and behaviour of these children result in the diminuation of scholar productivity and of the post-scholar integration of these.

Finally the authors recomand some problems of general order.

ADAPTAREA SOCIALĂ ŞI INTEGRAREA FAMILIALA A COPIILOR ŞI ADOLESCENŢILOR CU ÎNCERCĂRI DE SINUCIDERE ÎN ANTECENDENTE

M. Burdea, Aurelia Tudoran, Emilia Cîrlescu, Georgeta Diaconu, Rodica Teodoru

— *Iaşi*

Sinuciderea, expresie a unei extreme disperări determinată de o profundă tulburare a afectivităţii, nu este rară la copil. Frecvenţa ei creşte în adolescenţă, cauza determinantă fiind conflictele care apar la această vîrstă.

După Harris, în SUA sinuciderea reprezintă a treia cauză de moarte între 15 şi 19 ani. După Bakwin, sinuciderea este mai frecventă la tinerii din mediul urban, în special printre studenţi. În ţările capitaliste, este mai frecventă la tinerii din medii sărace. Japonia este ţara cu cel mai mare număr de sinucideri în populaţia tînără, sinuciderea fiind considerată ca un act de eroism.

Există o predominanţă netă a sinuciderii la sexul feminin, 80—90% din cazuri, probabil datorită controlului emoţional mai slab la fete, dar mai ales faptului că băieţii, în situaţii psihologice dificile recurg la abandonul mediului familial, în timp ce fetele, mai puţin înarmate pentru viaţa extra familială, încearcă să se sinucidă.

Modalitatea de sinucidere mai frecventă la băieţi este spînzurarea sau prin arme de foc, în timp ce la fete intoxicaţia voluntară sau înnecul.

În Japonia, jumătate din sinucigaşi iau droguri, iar în SUA se aruncă înaintea automobilelor.

Sinuciderea nu este o boală, dar potenţialul suicidal este legat de anumite tipuri de caracter anormale ca: tipul emotiv, anxios, instabil, psihastenic, ciclotimic, paranoic, mitoman, isteric, schizoid, pervers. Cei mai mulţi candidaţi la sinucidere se găsesc printre emotivi şi psihastenici.

Ereditatea similară este frecventă, anxietatea constituţională şi melancolia fiind adeseori moştenite.

Se adaugă şi factorii de mediu: dezorganizarea familiei, moartea unui părinte, despărţirea părinţilor, certuri în familie, problemele şcolare, sentimentale, iar la fete sarcina.

Cauza determinantă a tentativelor de sinucidere o constituie conflictele care se nasc la adolescenţă. Acestea produc un adevărat haos în psihicul adolescentului, care ajuns la un impas afectiv şi moral, din care consideră că nu mai poate ieşi, recurge la sinucidere.

După Selbmann, în cursul adolescenţei, afectivitatea evoluează în 3 faze: o fază de romantism dominată de nevoia de a iubi şi de a fi iubit, de dorinţa de afirmare, de idealuri umanitare; este vîrsta viselor, de glorie şi de putere. A doua perioadă este a amiciţiilor multiple. Legătura cu tinerii de aceeaşi vîrstă este tot mai largă; începe observaţia critică a valorilor depăşite; familia este considerată demodată, cu idei învechite. A treia perioadă este criza de originalitate. Adolescentul trăieşte plutind între două lumi. Pe de-o parte familia este considerată arhaică şi demodată, iar pe de altă parte tînărul nu este încă integrat în noul univers al adulţilor. Caracteristică acestei perioade este tendinţa la revoltă, ca un protest faţă de neconcordanţa realului cu idealul imaginat. Descoperirea realităţii provoacă adeseori, dezamăgire, dorinţa de rupere totală cu realul, viaţa părîndu-i-se fără sens.

Conflictele care determină cel mai adesea sinuciderea la adolescenţi sînt: conflictele de autoritate, conflictele de idei, conflictele afective, conflictele şcolare etc.

Tentativele de sinucidere la adolescenţi sînt în genere benigne, de cele mai multe ori neajungîndu-se la finalizarea actului suicidal. Fac excepţie cazurile cînd adolescentul suferă, de o boală cronică invalidantă, sau o boală mintală, sinuciderea marcînd debutul unei psihoze şi cînd tentativa de sinucidere se repetă.

Uneori la copil şi adolescent nu este vorba de o tentativă reală de sinucidere, ci de un şantaj destinat să satisfacă dorinţa de pedepsire a părinţilor sau a profesorilor sau un şantaj afectiv.

În concluzie, „labilităţile caracteriale din perioadele pubertare, adolescenţă sau vîrstă de integrare în complexul interrelaţiilor sociale, ne explică frecvenţa tentativelor de suicid la persoanele tinere sau la personalităţile cu disarmonie psihopatică".

În lumina datelor mai sus menţionate am încercat să apreciem care a fost adaptarea socială, integrarea în familie şi realizarea pe plan şcolar şi profesional a copiilor şi adolescenţilor care s-au internat în Clinica a II-a pediatrie Iaşi în ultimii 5 ani cu tentative de sinucidere.

În perioada 1975—1979 s-au internat în serviciul nostru 47 copii în vîrstă de 13—16 ani cu tentative de sinucidere, din care 42 fete şi 5 băieţi. Toţi copiii erau din mediul urban, în special din oraşul Iaşi; cîţiva proveneau din mediul rural, dar locuiau în oraş la gazde, frecventînd diferite şcoli din Iaşi.

Din antecedentele patologice este de reţinut că un caz prezenta crize de epilepsie în urma unui traumatism cranian.

Condiţiile de mediu au fost în majoritatea cazurilor bune, dar adeseori familia era dezorganizată, părinţii despărţiţi sau unul din părinţi decedat, sau existau certuri în familie.

Aproape în toate cazurile se remarcă existenţa unor greşeli de educaţie.

Conflictele care au determinat sinuciderea au fost: conflicte de autoritate, conflicte sentimentale, şcolare.

Studiul fiind retrospectiv, nu beneficiem de o psihanaliză amănunţită a tuturor cazurilor la care ne referim. Se poate menţiona totuşi că majoritatea copiilor şi adolescenţilor aveau o labilitate afectivă, erau emotivi sau impulsivi, unii aveau un temperament isteroid.

Urmărind grupul preadolescenţilor şi adolescenţilor cu tentativă de sinucidere, după o perioadă de 1 pînă la 5 ani, prin investigaţii ce au cuprins sumare observaţii psihologice efectuate în şcoală, ancheta socială realizată în familie şi un scurt interviu dirijat, am putut constata modul cum s-au integrat şi adaptat aceşti tineri pe tărîm şcolar, profesional şi social.

Astfel, din totalul celor 47 cazuri cu tentativă de sinucidere, au fost revăzuţi 39 adolescenţi. Din aceştia se află în curs de frecventare a şcolii generale un număr de 9 adolescenţi, prezentînd o situaţie mediocră la învăţătură, dar fiind integraţi în climatul psihosocial al colectivului şcolar şi în familie; 12 tineri sînt în curs de frecventare şi absolvire a unei şcoli profesionale sau liceu de specialitate din Iaşi, iar 3 frecventează cursurile învăţămîntului superior. Toţi sînt integraţi în procesul de învăţămînt, în familie şi în colectivitate.

În procesul de producţie se află încadraţi 9 tineri cu calificare prin liceu de specialitate sau prin cursuri de scurtă durată, organizate la locul de muncă. Şi acest grup este integrat în relaţiile profesional-sociale şi în familie.

Reţin atenţia în mod special 6 cazuri din care 4 tinere cu tulburări de comportament şi aflate în situaţia de risc social; acestea după frecventarea şcolii de reeducare, respectiv în urma calificării profesionale refuză să lucreze în producţie şi manifestă aceleaşi tulburări de comportament ca: vagabondaj prin ţară, consum de băuturi alcoolice şi concubinaj (cu toată intervenţia factorilor competenţi şi a familiei).

Semnalăm un caz de risc somato-psihic al unei eleve, în prezent în clasa a XII-a la un liceu de specialitate, diagnosticată în antecedente cu epilepsie în urma unui traumatism cranian.

După tentativa de sinucidere s-a integrat în mediul şcolar şi familial, în prezent pregătindu-se pentru concurs în învăţămîntul superior.

Într-un singur caz tentativa de sinucidere a fost repetată şi finalizată prin electrocutare voluntară, după 2 ani de la primul accident.

DISCUŢII

Din cele expuse se poate concluziona că tentativa de sinucidere reprezintă un fenomen complex, fiind legat pe prim-plan de personalitatea subiectului cu toate trăsăturile sale structurale caracteristice şi fiind expresia unei atitudini de singularizare, determinată de un conflict de natură subiectivă.

Tentativa de sinucidere poate fi prevenită prin metode terapeutice moderne aplicate în clinică, cît şi ambulatoriu. Ţinînd cont de personalitatea adolescentului, pentru a putea obţine rezultate pozitive, este necesar ca fiecare caz să fie examinat şi analizat cu multă atenţie de către echipa complexă formată din medic pediatru, psihiatru şi psihosociolog, pentru a putea avea un tablou al personalităţii subiectului, cu toate trăsăturile psihosomatice şi relaţiile sale interpersonale.

Un rol important revine Laboratorului de sănătate mintală (în centrele unde există), unde echipa complexă să dispensarizeze aceste cazuri, în vederea efectuării psihoterapiei, a legăturii permanente cu şcoala şi familia.

Şi mai importantă este prevenirea acestor accidente, uneori foarte grave. Se impune în acest scop cunoaşterea aprofundată a psihologiei vîrstei adolescente, atît de către educatori, cît şi de părinţi şi selecţionarea celor mai adecvate mijloace educative la această vîrstă. În acest sens legăturile spirituale sînt singurele căi valabile şi durabile prin care o familie transmite urmaşilor săi un anumit stil de viaţă şi o anumită conduită. De asemeni, un rol important revine şi mediului social în care copilul şi adolescentul trebuie să găsească condiţii optime de dezvoltare şi educaţie, deplină înţelegere şi optimism.

The authors of this paper have examined forty-seven children and adolescents hospitalized in the Pediatrics Clinic II of Iasi between 1975—1979 for attempts at committing suicide; we have tried to determine the patients' social adjustment, their integration in the family, as well as their achievement at school or in their profession.

Thirty-nine of these were seen again after 1—5 years. Out of these, twenty-five are being trained in schools, three of them attend higher education courses, and nine o fthem have various jobs. They are all well integrated in socio-professional and family relationships.

Only four young girls present disturbances of behaviour, refusing to work, being tramps. In one single case the repeated attempts of suicide ended up in death.

The paper underlines the importance of suicide prophylaxis in children and adolescents.

LOCUL ŞI ROLUL ŞCOLII SPECIALE ÎN RECUPERAREA ŞI INTEGRAREA ÎN VIAŢA SOCIALĂ A COPILULUI DEFICIENT MINTAL

G. Popescu, Georgeta-Ofelia Popoveniuc, Elvira Suhan
— *Siret*

Învăţămîntul special pentru deficienţi psihici are scopul de a realiza instrucţia şi educaţia de bază a copiilor şi tinerilor şi de a asigura compensarea şi recuperarea lor în funcţie de specificul deficienţei. El trebuie să contribuie la dezvoltarea intelectului, la educaţia şi formarea lui moral-cetăţenească, să le cultive dragostea şi interesul pentru muncă, să le formeze deprinderi practice, să-i pregătească şi orienteze potrivit aptitudinilor pentru continuarea studiilor în alte unităţi speciale sau pentru desfăşurarea unor activităţi utile în diferite ateliere protejate în raport de posibilităţile de intelect şi a celorlalte deficienţe asociate.

Eficienţa învăţămîntului special în spitalul nostru a fost demonstrată pe deplin în cursul celor peste 12 ani care au trecut de la înfiinţarea şcolii. Prin instrucţia şi educaţia acestor copii primită în şcoala specială, iar apoi prin continuarea acesteia în şcolile profesionale speciale.

Prin modul de organizare, desfăşurare cît şi prin influenţele instructiv-educative asupra elevilor, observăm că aceştia se integrează mult mai uşor în activitatea productivă, sînt mai disciplinaţi, obţinînd rezultate în munca lor uneori apropiate celor cu nivel psihic normal.

Deşi vitregiţi sub aspect funcţional, aceşti handicapaţi psihic, la noi nu sînt cu totul privaţi de posibilitatea de a obţine rezultate meritorii în munca pe care o desfăşoară. În acest sens, şcoala prin activitatea ei instructiv-educativă, formativă şi informativă are un rol deosebit.

Activitatea educatorului, a profesorului este în această direcţie de mare eficienţă, el trebuind să cunoască copilul sub toate aspectele, de la forma cea mai dezorganizată pînă aproape de normalitate, iar apoi să intervină în educarea sau reeducarea sa. De la felul cum este stabilit cu precizie diagnosticul şi pînă la trierea şi orientarea şcolară a diferitelor categorii de deficienţi psiho-motor, depinde facilitatea procesului instructiv-educativ special şi a unor rezultate valoroase in parcurgerea celor 8 ani de şcoală. Acea colaborare care s-a amintit mai sus fără acel limbaj comun între pedagog, pedopsihiatru şi psiholog (munca în echipă) este cu atît mai importantă, cu cît ea permite cunoaşterea aprofundată a echipamentului intelectual, a particularităţilor psiho-afective şi de intelect ale copilului, posibilităţile lui de învăţare etc.

Rolul şcolii în recuperarea copilului handicapat este cu atît mai eficient, cu cît se lucrează cu grupele de copii omogeni, influenţînd pozitiv randamentul activităţii şcolare. Din constatările noastre însă acest deziderat încă nu este împlinit în totalitate, deoarece se trimit în unitate spre internare şi recuperare copii cu diverse nivele de intelect, vîrstă, deprinderi de muncă, comportament, etc., ceea ce ne determină să cuprindem în şcoala specială, în clase, grupe de copii heterogene, greu de lucrat cu ei din partea profesorului pentru a-i aduce la acelaşi nivel, necesitînd eforturi deosebite, individualizate de la caz la caz.

Din constatările noastre, cu toate eforturile care se depun cu aceşti copii, reiese că noţiunile tehnice pe care sistemul nostru de instruire le foloseşte, nu sînt asimilate decît în proporţie de pînă la 30—40%.

O a doua mare dificultate este constituită de definirea termenilor în şcoala specială trebuie să se pună un accent deosebit pe folosirea mijloacelor intuitive, verbale şi a activităţilor practice, pe modul de alegere şi îmbinare a acestor mijloace, aceasta constituind o problemă foarte importantă, a cărei rezolvare corectă influenţează pozitiv eficienţa învăţămîntului special. Putem afirma că modul de folosire a diferitelor mijloace de lucru în şcoala specială are o importanţă mai mare chiar decît în şcoala de masă.

Se observă la deficientul mintal în cazul folosirii excesive numai a mijloacelor verbale, calitatea cunoştinţelor este complet nesatisfăcătoare, uneori chiar nedepăşind nici chiar nivelul cunoştinţelor acumulate de elev întîmplător prin contactul zilnic cu mediul înconjurător.

Cele mai bune rezultate le-am obţinut în situaţiile îmbinării cuvîntului cu intuiţia şi de antrenare a tuturor elevilor la rezolvarea unor sarcini concrete cu materialul învăţătorului.

Deosebit de important în însuşirea cunoştinţelor la copii deficienţi o are şi activitatea practică, antrenarea lor la munci productive, la terapia ocupaţională. Astfel în şcoala noastră pe lîngă îndeletnicirile practice, toţi elevii începînd cu cl. I sînt cuprinşi în ateliere de ergoterapie (în raport cu posibilităţile lor de lucru), unde treptat îşi formează nişte deprinderi utile, care îi orientează mai departe spre practicarea unei meserii.

În concluzie: Şcoala specială din cadrul unui spital de copii neuropsihici — are un rol evident alături de ceilalţi factori terapeutici în recuperarea şi inserarea în societate a acestor bolnavi. Procedeele folosite în şcoala specială în procesul învăţării şi instruirii practice a copiilor, a făcut posibil ca începînd cu anul 1967 — cei peste 570 elevi care au fost cuprinşi pînă în prezent în acest proces instructiv-educativ, să poată fi în mare parte redaţi societăţii. Din cei 570 copii care au fost instruiţi, peste 30% au terminat o şcoală profesională specială şi sînt încadraţi în producţie, 20% au fost redaţi în familie, 10% au fost transferaţi la şcoli ajutătoare iar restul urmează în prezent şcoala noastră. O serie de absolvenţi ai şcolii speciale s-au integrat în mod real în societate, unii chiar şi-au întemeiat familii în oraşul nostru, alţii s-au reprofilat pe alte meserii mai avantajoase, după absolvirea şcolii cu rezultate bune în muncă fiind apreciaţi de colectivele de conducere unde lucrează. În vederea creşterii în viitor a rolului acestor şcoli, se simte nevoia tot mai stringentă de lărgire a spaţiului pentru cuprinderea tuturor copiilor cu posibilităţi de recuperare parţială, tot mai multe cadre calificate, programe de învăţămînt adecvate şi o tot mai bună selecţie pentru grupe de copii cît mai omogene pe şcoli.

Education in the special school for insane children contributes to the development of the intelect, education and their moral-citizen modelation, the development of the interest for practical useful work, and at the same time in their introducing in the family and society, and for others, the continuation of the instructive education at special professional schools.

CONTRIBUŢIA SPITALULUI DE COPII NEUROPSIHICI ÎN REZOLVAREA UNOR PROBLEME MEDICO-SOCIALE

(STUDIU MEDICO-STATISTIC PE 10 ANI)

G. Popescu, Silvia Maftei, Otilia-Georgeta Popoveniuc, I. Lumei
— *Siret*

Ocrotirea mamei, copilului şi tineretului, constituie în etapa actuală una din problemele deosebit de importante de sănătate publică ale statului nostru, incluzînd toate eforturile economico-sociale, cultural-educative, legislative şi medico-sanitare care urmăresc promovarea şi recuperarea unei sănătăţi optime categoriilor de bolnavi.

Colectivul medical al spitalului, sensibilizat de importanţa problematicii, a efectuat un studiu medico-statistic referitor la cauzele medico-sociale de instituţionalizare în spital pentru copiii trimişi de comisiile de diagnostic şi tiraj între anii 1969—1979 în număr de 2299 din totalul copiilor internaţi în spital de la 1.V.1956 în număr de 7078 cu o durată medie de spitalizare de 303,6.

— Mediul de provenienţă —

Din cauza numărului mare de solicitări — unitatea este nevoită să se dezvolte de la 400 paturi în 1956 — la 1 310 paturi în prezent dar nici în această situaţie nu poate satisface cerinţele tot mai insistente ale unor părinţi şi organe de resort judeţene de internare urgentă a unor cazuri sociale deosebite. De aceea de multe ori unitatea a fost nevoită să aprobe internări, chiar în condiţiile depăşirii capacităţii, ceea ce a dus la o supraaglomerare permanentă cu implicaţii uneori de ordin medical, epidemiologic şi educativ. Deoarece perioada spitalizării copiilor este de durată lungă, unii din ei chiar se adultizează în cursul spitalizării, neavînd posibilitatea externării lor în familie sau alte unităţi de pe raza judeţului de unde provin. Deşi avem unele greutăţi prin spitalizarea prelungită a acestor copii, totuşi ne creează unele satisfacţii prin faptul că un număr dintre ei sînt supuşi procesului de recuperare cu rezultate favorabile, iar pe de altă parte indirect, contribuim la o terapie psihică de cruţare a părinţilor prin posibilitatea lor de a se ocupa mai mult de restul familiei, de a aduce un aport mai mare în realizarea sarcinilor de serviciu, de plan, şi deci un avantaj în economia naţională şi în ridicarea standardului lor de viaţă.

Tabel nr. 1

Anii 1969—1970	Pînă la 1 an	2 ani	3 ani şi peste	Din care adultizaţi la 31.XII.1979
Nr. cazuri	104	128	2 067	236

În privinţa profesiei părinţilor reiese următoarea situaţie:

Tabel nr. 2

Profesia părinţilor	Fără ocupaţie	Zilieri	Elevi	Studenţi		Agricultori		Casnice	Muncitori	Cadre tehnice	Funcţionari	Cadre superioare	TOTAL
						C.A.P.	Individuali						
Nr. caz.	282	62	9	5	13	564	81	480	611	112	51	29	2 299

Referitor la vîrsta părinţilor am găsit următoarea situaţie :

Tabel nr. 3

15—20 ani		20—30 ani		30—40 ani		40—50 ani	
T	M	T	M	T	M	T	M
17	119	330	510	226	259	58	56

Tabel nr. 4

Starea materială a părinţilor

Foarte bună	Bună	Modestă	Slabă
442	241	355	1 261

Tabel nr. 5

Starea socială a familiei

Căsătoriţi	Mame solitare	Concubinaj	Mame divorţate	Văduve	Cazuri neprecizate
1 099	551	470	90	55	34

Tabel nr. 6

Starea de sănătate a familiei

Schizofrenie	Psihoze	Oligofrenie	Epilepsii	T.B.C.	Alte bol cronice	Cazuri neprecizate
43	60	144	64	116	160	1 712

Tabel nr. 7

Unii factori nocivi din familie

Alcoolici	Vagabondaj	Delicvenţi	Decăzuţi din drepturi părinteşti	Viaţa normală Viaţa normală sau neprecizată
108	109	18	193	1 871

Tabel nr. 8

Numărul copiilor din familii

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
834	673	439	177	70	33	15	18	14	26

Tabel nr. 9

Starea socială a copilului

Legitim	Nelegitim	Recunoscut
1 233	777	299

Tabel nr. 10

Afecţiune de fond a copiilor la internare

103	118	181	638	1 184	42	33

Tabel nr. 11

Externarea din spital

Total ieşiţi din spital	La şcoli prof. speciale	Şcoli ajutătoare	Cămine atelier	Retraşi în familie		Transf. în cămine spital	Decedaţi	Rămaşi în unitate la 31.XII.79
				Recuperaţi în mare parte şi inseraţi în familie	Staţionari fără posibilitate de recuperare			
1 287	52	20	53	125	339	104	490	1 216

Tabel nr. 12

Copii cuprinşi în continuare în procesul recuperator al spitalului

Din totalul de	La grădiniţele speciale	Şcoala specială	Ergoterapie	Hidrokinetoterapie	Irecuperabili
1 216	195	136	147	99	639

Tabel nr. 13

Legătura dintre spital şi părinţii copiilor cuprinşi în prezentul studiu

Anii	Numărul de vizite	Numărul scrisorilor primite	Corespondenţă cu diverse organe şi organizaţii privind inserarea copiilor
1969—1979	5 919	9 190	8 481

CONCLUZII :

1. — În 35% din copiii internaţi în spitalul Siret, au posibilitatea de a fi recuperaţi parţial psiho-motor şi ca atare inseraţi în societate şi familie ;

2. — Degrevarea familiei de aceşti copii care constituie o problemă dificilă de educaţie şi supraveghere, lăsînd părinţilor sau susţinătorilor lor legali posibilitatea să-şi ducă o muncă normală şi utilă societăţii.

3. — Scuteşte familia de influienţa negativă a bolnavului asupra celorlalţi membri ai familiei şi în special asupra copiilor cu care convieţuieşte acest copil deficient psihic ;

4. — Prin aplicarea unui tratament medico-sanitar la timp şi complex (medicamentos, hidro-fizico-kineto-ergoterapic şi instructiv-educativ) duce la o adaptare favorabilă în condiţiile colectivităţii din spital şi fac progrese neuropsihice încurajatoare pentru aceşti copii.

5. — Majoritatea copiilor cuprinşi în procesul recuperării, chiar de la nivelul grupelor de grădiniţe, sînt atraşi în atelierele de terapie ocupaţională unde îşi însuşesc practic o meserie, iar prin lucrările ce le efectuează aduc economii la bugetul spitalului şi implicit la diminuarea unor cheltuieli de întreţinere a lor.

A neuropsychic childrens hospital contributes to the partially psychic-motor deficiency, childrens recovery with relieves the family of the control and gives them the possibility towory normally in the field of work, avoiding at the sametime the negative influence of the ill-man over the others membres of the family.

Also, this institution solves a series of social situations — very difficult — in the case of some disorganized families.

COLABORAREA MEDIC-PEDAGOG-PSIHOLOG — ÎN AMELIORAREA COMPORTAMENTULUI ABERANT LA O ŞCOALĂ DE REEDUCARE DIN MUNICIPIUL BACĂU

Gabriela Marinescu, G. Zichil, V. Chiriţă, I. Turcu, Aneta Fuioagă

— *Bacău*

Desfăşurînd acţiunea pe multiple fronturi echipa compusă din medici, psihologi, cadre didactice ne-am străduit a investiga fiecare elevă atît din punct de vedere medical şi psihologic cît şi din punct de vedere al condiţiilor sociale anterioare venirii la şcoală precum şi a noilor relaţii stabilite în colectivul şcolar, urmărind îmbunătăţirea metodologiei care ar fi mai eficientă, mai indicată în anumite momente.

Aspectele comportamentale întîlnite la aceste eleve au fost polimorfe mergînd de la simple trăsături negative de caracter, lipsa sau diminuarea unor trăsături morale de caracter, pînă la săvîrşirea unor acte fie cu potenţial autolitic (ingestie de ace, ingestie de medicamente, aruncare de la înălţime) fie cu potenţial de pericol social (lovirea altor persoane chiar a cadrelor didactice, fuga de la şcoală şi continuarea vagabondajului, contractarea de boli venerice, instigarea la părăsirea şcolii prin fuga în grup).

Pentru ca munca să fie mai eficientă şi metodele de muncă utilizate cît mai adecvate am alcătuit loturi cu elevele ce au ridicat cele mai multe probleme fie prin gravitatea lor, fie prin frecvenţa repetării acestora.

In prezenta lucrare relatăm aspectele constatate prin urmărirea unui lot format din 40 eleve cuprinse între vîrsta de 15—18 ani.

Pentru cunoaşterea cît mai amănunţită a fiecărui caz ne-am folosit de o serie de date procurate din : fişa medicală a dispensarului şcolar ; dosarul personal cu ancheta socială ; relatările cadrelor didactice (rezultatele la învăţătură, interesul pentru procesul de învăţămînt, respectul şi ataşamentul faţă de profesor, etc.) ; examenul clinic amănunţit ; examinări psihologice individuale (convorbiri, observaţii, aplicare de teste : îndeosebi pentru sfera cognitivă şi pentru personalitate).

S-a utilizat chestionarul Woodworth-Mathews, Cattell, inventarul M.M.P.I., testul de frustare Rosenzweig, testul arborelui Koch, Şcoala W.A.I.S., Raven, probe de atenţie, memorie, viteză de reacţie.

Din datele obţinute cu ajutorul mijloacelor mai sus amintite am desprins numeroase tulburări psihice la nivelul individului : trăsături negative de caracter (încăpăţînare, susceptibilitate, capricii, laşitate, impertinenţă) ; lipsa sau diminuarea unor trăsături morale de caracter (cinstea, modestia, sinceritatea, conştiinţa datoriei, respectul faţă de normele sociale) ; irascibilitate excesivă cu incapacitate de frînare a reacţiilor instinctiv impulsive şi imaturitate emoţională ; stări depresiv-anxioase ; diminuarea sau lipsa unor trăsături voluntare de caracter : finalitate, tenacitate, autocontrol, exigenţă faţă de sine ; tendinţă la acţiuni autolitice ; tulburări neuro-vegetative ; consum abuziv ocazional de alcool ; diminuarea memoriei de fixare ; teatralizarea şi revendicativitate pitiatică ; diminuarea spiritului de responsabilitate şi incapacitate de evaluare a riscurilor implicate de actele comise ; deficit de evaluare pe scara valorilor sociale ; psihometric la scala W.A.I.S. şi Raven s-a obţinut un coeficient de inteligenţă mediu.

La nivelul grupului am constatat următoarele : între membrii grupului relaţiile se stabilesc spontan trecînd foarte rapid de la o extremă la alta (de la relaţii de cooperare şi bună amiciţie, solidaritate — la relaţii conflictuale de diverse intensităţi) ; conflictele ivite se rezolvă cel mai frecvent pe căi brutale, violente ; indivizii în conflict sau diversele certuri în opoziţie unele cu altele se solidarizează printr-o rapidă acţiune de coeziune la apariţia oricăror factori de presiune şi constrîngere.

Actul deviant e difuzat rapid, apreciat ca o bravură pentru cei din jur.

Fiecare membru al grupului este destul de receptiv la impresia pe care o are restul grupului despre el, în contrast cu dezinteresul total sau parțial față de aprecierile celorlalți membri din colectivul școlii.

Dacă în celelalte colectivități școlare se întîlnește frecvent lipsa de timp determinată de timpul necesar pentru studiu la care se adaugă și timpul luat de parcurgerea drumului, efectuarea temelor și a lecturilor suplimentare aici se întîlnește frecvent fenomenul de plictiseală, de așteptare a scurgerii timpului, iar pregătirea lecțiilor are de obicei un caracter de „lecturare" la majoritatea membrilor grupului și riscul repetenției îi lasa deseori indiferenți.

Din observațiile noastre se desprinde faptul că în fața acestor multiple probleme se pot utiliza căi extrem de variate, fiind susceptibile de influența educației mijloace extrem de variante.

Am obținut unele realizări prin discuții purtate individual sau cu grupe restrînse alcătuite din 4 pînă la 6 eleve grupe formate atît din eleve mai refractare la influența educativă cît și din eleve a căror influențare în bine a fost mai manifestă.

În dezbaterile purtate am abordat teme diverse : probleme legate de școală, regimul de viață, probleme de etică, ținută morală sau vestimentară.

Datele obținute prin testările psihologice și discuțiile purtate au fost corelate cu datele medicale și pedagogice în scopul elaborării unor măsuri practice instructiv educative și medicale.

S-au modificat în acest sens colectivele de studiu individual urmărindu-se ca într-o încăpere să fie în minoritate elevele mai zgomotoase care se plictisesc ușor și perturbă în final liniștea tuturor.

Dacă psihoterapia a constituit un mijloc eficient de mare ajutor în străduința depusă pentru ameliorarea diferitelor manifestări de comportament aberant și de integrare în procesul de învățămînt, de un real folos în multe cazuri a fost și recurgerea la instruirea unei terapeutici medicamentoase. Internarea însăși prin scoaterea dintr-un mediu și trecerea la alt mod de viață, obligativitatea renunțării la unele obiceiuri (fumat, consum de cafea și băuturi alcoolice, activitate sexuală), constituie un stress capabil să descopere unele trăsături negative ale caracterului elevei respective mascate pînă la această dată sau determină diverse tulburări adaptive de tip nevrotic care solicită intervenția medicului psihiatru.

Prin examenul medical efectuat este foarte dificil de apreciat care din manifestările neuropsihice întîlnite țin de tulburările de adaptare sau de stări morbide anterioare.

Dacă la început față de psihiatrie în general și față de specialistul psihiatru în special au o atitudine de reținere uneori chiar ostilă, ulterior solicitările spontane cresc, multe din eleve vin periodic la control colaborînd în efectuarea tratamentului.

În cea mai mare parte a cazurilor s-a obținut ameliorări terapeutice utilizînd tranchilizante de tipul diazepam, napoton, meprobamat, rudotel.

La cazurile care au necesitat internarea în staționar s-a recurs deseori și la neuroleptice (tioridazin, levomepromazin, neuleptil) sau hipnotice îndeosebi barbiturice.

Terapeutica medicamentoasă s-a dovedit eficace în multe cazuri.

Dacă cu ajutorul ergoterapiei se obține o readaptare socială evidentă în multe împrejurări la aceste eleve antrenarea în activitate (în special către sfîrșitul școlarizării) e efectuată cu o participare pasivă.

Perspectiva unor succese terapeutice de durată este umbrită de incertitudine în cea mai mare parte a cazurilor neîncumetîndu-ne să sperăm decît o antrenare a unor anumite aspecte comportamentale.

Este dificil de a stabili momentul cînd s-a produs o ameliorare reală a modificărilor, într-o perioadă cu o stare psihică aparent bună putînd săvîrși acte ce ridică probleme extrem de serioase.

Observînd că după internare apar numeroase manifestări psiho-sociale fără corespondență în comportamentul anterior școlarizării am insistat în lucrarea noastră asupra supravegherii și urmăririi lotului în ansamblu în vederea cunoașterii repercursiunilor pe care le au numeroșii factori noi ce intervin în cadrul acestui sistem instituțional.

Am remarcat în acest sens că e foarte dificil de a aprecia care anume din factorii ce intervin au un rol esențial în declanșarea tulburărilor de adaptare.

Există deseori momente cînd trebuie acordată atenție însăși colectivului de educatori frecvent întîlnindu-se la membrii acestuia apariția fenomenului de descurajare sentimentul eșecului total în muncă, epuizarea mijloacelor și metodelor de muncă.

Comparativ cu elevii din celelalte școli, elevele din această școală au prea multe condiții optime puse la dispoziție, promovează cu o muncă superficială uneori chiar cu dispreț față de muncă existînd în cea mai mare parte a cazurilor o mare neconcordanță între posibilitățile reale (nivelul cunoștințelor și efortul școlar depus) și aspirația către orientare profesională.

Cu toate greutățile enumerate prin acțiunea conjugată pe fronturile amintite s-au obținut în cadrul lotului studiat numeroase realizări prin ameliorarea comportamentului aberant anterior, rămînînd deschisă calea desfășurării acestei munci în continuare.

În final am vrea să subliniem că : se ridică încă serioase semne de întrebare dacă ansamblul de măsuri organizatorice ale acestui sistem instuțional nu mai trebuie dezbătut, studiat, completat, sau modificat de organele în drept, punîndu-se mai mare accent pe exigența cum individul înțelege să promoveze și să se realizeze în viață prin muncă și pentru muncă.

Cei care nu se adaptează din diverse motive să fie calificați pentru muncă fără obținerea diplomei de absolvent de liceu care față de munca depusă reprezintă o inechitate comparativ cu munca depusă de ceilalți elevi ai altor școli.

Identificarea factorilor ce intervin în tulburările de adaptare rămîne un deziderat ce ar avea o mare valoare.

Apar deasemenea în continuare probleme dificile în privinţa elaborării celor mai adecvate şi eficiente metode de reeducare şi resocializare.

Deşi munca este laborioasă cu numeroase greutăţi şi eşecuri, succesele sînt posibile şi ele implică o cunoaştere aprofundată a individului precum şi o temeinică pricepere şi tact profesional.

After we count up part of the problems the group made up of a doctor, a psychologist and a pedagogist are confronted with, the group that works its contribution to the education, instruction and medical assistance activites the schoolgirls interned in a special school of reeducation from city of Bacău, we value th emethods of work ushed, as well as oh their efficiency.

CÎTEVA PARTICULARITĂŢI PSIHICE OBSERVATE LA COPIII OLIGOFRENI INTERNAŢI ÎN SPITALUL SIRET

Violeta Costea, G. Popescu
— *Siret*

Prin această modestă comunicare, ne propunem să prezentăm cîteva aspecte din viaţa psihică a copilului oligofren internat în unitatea noastră.

Majoritatea au un nivel intelectual scăzut, numai cîţiva dintre ei fiind oligofreni DM I. Indiferent de gradul lor de dezvoltare intelectuală, ne preocupăm să trecem cu aceşti copii printr-un proces de recuperare, pentru a-i reda societăţii, sau a-i face într-o oarecare măsură utili în viaţă.

In cazul în care copilul prezenta un nivel de dezvoltare intelectuală scăzut, s-a constatat că procesul de adaptare la noile condiţii de viaţă oferite de spitalul nostru s-a desfăşurat mult mai uşor cînd a existat o preocupare anterioară venirii la noi. Chiar dacă n-a existat o conştientizare deplină, datorată handicapului, care să ducă la înţelegerea unor situaţii pentru diminuarea stării conflictuale degajată din procesul de adaptare, educaţia prealabilă şi-a spus cuvîntul.

Nereuşind să-şi conştientizeze starea anterioară din fostul mediu pentru o evaluare critică a noilor condiţii de viaţă, ei aşteaptă acelaşi lucruri de la noua situaţie şi eventual asemănări. Neînţelegînd faptul că noul mediu este organizat după alte norme, ei se simt frustraţi, dezvoltarea în planul psihic este zdruncinată.

În situaţii cînd posedă un limbaj dezvoltat, se închid în sine, devin susceptibili, nu-i mai interesează ceea ce se întîmplă în jurul lor. În acest proces de respingere, se produce un regres în dezvoltarea psihică, regres care nu poate fi calificat ca atare de către cei ce nu cunosc comportamentul anterior din vechiul mediu de viaţă.

Pentru a exemplifica această situaţie, vom cita cazuri în care copilul nu vorbeşte cu personalul din unitate, dar avem plăcuta „surpriză“ cînd în prezenţa părintelui care-l vizitează, ascultăm un dialog între cei doi.

Odată preluat de unitatea noastră, copilul deficient este supus unui proces de recuperare desfăşurat pe cele trei nivele existente în spital : grădiniţă specială, şcoală specială şi ergoterapie. Pentru cei cu deficienţe motorii li s-au creat posibilităţi de tratament adecvat în serviciul de kinetoterapie.

Oricît de mare ar fi handicapul intelectual, copilul prin desfăşurarea unei forme de activitate, se dezvoltă din punct de vedere psihic. Prin intermediul activităţii, se poate dezvolta limbajul copilului, el fiind pus într-un raport direct cu nişte obiecte, pe care trebuie să le manipuleze sub supravegherea şi dirijarea verbală a instructorului. Prin repetiţie, avînd mereu aceeaşi situaţie şi trebuind să răspundă solicitărilor instructorului, el îşi va însuşi nu numai mişcările necesare realizării activităţii, ci şi denumirile obiectelor cu care vine în contact.

Pentru a înţelege o situaţie, copilul e preferabil s-o şi trăiască. De aceea noi urmărim în activităţile din cadrul grădiniţelor să dezvoltăm la copii numai acele deprinderi care-i vor fi strict necesare şi să le vorbim numai despre lucruri sau fenomene pe care au avut sau vor avea posibilitatea să le întîlnească.

Şi la acest nivel se observă o satisfacţie a copilului în sensul că poate fi folositor celorlalţi, prin limbaj sau prin semne în absenţa limbajului îţi arată că el însuşi face acea activitate şi doreşte să fie apreciat. Chiar de la acest nivel putem vorbi de stimulare şi să nu trecem indiferenţi pe lîngă activităţile şi eforturile pe care le fac ei în diversele locuri de muncă, oricît de banale ar fi ele.

Încă din acest stadiu putem vorbi de educarea voinţei.

Copilul mic, în cadrul activităţilor de grădiniţă învaţă să se cunoască pe sine şi ceea ce se petrece în jurul său, este orientat modest spaţio-temporal, învaţă să se comporte civilizat în măsura în care înţelege acest lucru, şi atît cît îi este necesar, îşi îmbogăţeşte limbajul şi este capabil să se facă înţeles de cei din jur. In continuare, în cadrul activităţii de atelier, se desăvîrşeşte educarea prin muncă.

Odată cu însuşirea operaţiilor simple ale unei meserii, copilul se adaptează unui nou colectiv — cel de muncă — cu copii cu care vine în contact direct numai în cadrul atelierului. Se realizează astfel o nouă adaptare şi copilul înţelege ce înseamnă să fie util.

In cadrul acestui proces de instrucţie noutatea cadrului de muncă, folosirea maşinilor, schimbarea situaţiei sociale, sentimentul că poate îndeplini o activitate utilă, de răspundere, favorizează integrarea şi ulterior inserarea copilului în societate.

Un accent deosebit în munca de educaţie se pune pe formarea intereselor la aceşti copii.

Dacă la copilul mic, interesul e în funcţie de trebuinţe, reacţia acestuia fiind de moment, de acceptare sau respingere, odată cu creşterea lui e necesară o stimulare continuă care să contribuie la formarea intereselor.

S-a observat că pe copilul oligofren îl interesează ceea ce este deja cunoscut de el sau ceea ce se poate explica prin raportarea la ceea ce deja cunoaşte sau prezintă un grad de inteligibilitate mai uşoară.

Avînd sentimentul că pot reuşi să rezolve o situaţie, ei acceptă să depună efortul necesar, în cazul cînd intervine în ceea ce li se cere un element cît de cît necunoscut, ei refuză să rezolve, neîncercînd cel puţin să evalueze gradul de dificultate.

Pentru a demonstra acest lucru, le-am cerut copiilor să execute 2 desene, unul cu o tematică la liberă alegere, iar altul cu o tematică impusă. La efectuarea desenului cu tematică la liberă alegere, copiii au participat cu entuziasm, fiecare desenînd ce le-a plăcut mai mult, dar totodată ceva bine cunoscut de ei. La tematica impusă, ei au manifestat reţinere, desenele au fost de slabă calitate şi executate fără tragere de inimă. La tematica impusă, cerîndu-li-se să expună materialul de desenat într-o manieră necunoscută lor, ei au supraapreciat gradul de dificultate şi de aici a rezultat dezinteres.

Numai prin activităţile desfăşurate cu copiii se descoperă înclinaţiile faţă de anumite acţiuni şi se poate trece la formarea intereselor.

Copilul oligofren internat la noi are nevoie de o stabilitate, pe care o găseşte în muncă. Această muncă trebuie să fie protejată şi adaptată capacităţilor şi ritmului său, să nu-l suprasolicite ca ritm şi dificultate.

Avem succese, dar şi multe insuccese în recuperarea acestor copii internaţi, care depind de o serie de particularităţi psiho-fizice, pe care le constatăm la ei, pe lîngă coeficientul de inteligenţă. Aceste particularităţi sînt : dezvoltarea motorie şi a aptitudinilor psiho-motorii, gradul de dezvoltare al limbajului, al auzului, existenţa sau absenţa anomaliilor congenitale ; prezenţa aptitudinilor pentru executarea unei activităţi care reprezintă o mare resursă utilizabilă pentru viaţa practică ; existenţa instabilităţii psiho-motorie ; gradul de dezvoltare al intereselor ; gradul afectivităţii sau sociabilităţii ; existenţa sau absenţa unor tulburări de caracter sau comportament (apatie, impulsivitate, perversiuni) ; existenţa sau absenţa tulburărilor nevrotice (atitudini histeroide, cleptomanie etc.) care pot compromite acţiunea de recuperare psiho-socio-profesională.

Şi în cazul copilului oligofren internat la noi, personalitatea se dezvoltă numai prin intermediul muncii, modelarea acestuia realizîndu-se numai într-o formă de activitate, iar educaţia se realizează numai prin muncă.

A handicapped child, hospitalized in our institution come from an unfavourable environment, completely frustradet from an elementary education, hardly develops.

The modelation of the child is made only by the help of some activity, because the mentally retardet child feels interest only in what he knows, and his personality is impreved by the action's interest and the education is achieved only through the work.

ASPECTE PSIHOLOGICE ÎN MALFORMAŢIILE CARDIACE CONGENITALE LA COPIL

M. Haimovici, Doina Felea, Lidia Iordăchescu, Ana Mitrofan
— Iaşi

Într-o familie, cuvintele „boală cardiacă" „suflu cardiac" sau „malformaţie cardiacă" produc în urma lor o serie de imagini sumbre : copilul în pericol de moarte, chirurgia pe cord deschis pe care presa şi chiar televiziunea au vulgarizat-o.

Părinţii se întreabă şi întreabă pe medic despre cauză şi se simt conştient sau inconştient vinovaţi. Ei pot înfrunta „nedreptatea" şi neputinţa de a găsi o explicaţie pentru anomalia cardiacă la copilul lor cu un grad particular de frustraţie, imputarea putînd fi îndreptată iraţional către evenimente gestaţionale „soartă" sau pot chiar să o considere ca o pedeapsă divină. Maxwell interogînd părinţii asupra cauzei malformaţiei cardiace, 55% dintre ei au răspuns că nu o cunosc, cei mai mulţi evitînd specificitatea au etichetat defectul ca fiind „o problemă de sarcină" sau una „ereditară" (44 respectiv 11%), iar 6% din părinţi au prezentat diverse concepţii metafizice.

Nelinişte, anxietatea, frica părinţilor se proiectează asupra micului bolnav. Întreaga comportare familială se resimte.

Dacă este vorba de un sugar, pentru a se împiedica surmenarea acestuia prin strigăte şi plîns, se fac diverse concesii, mama şi tata îşi petrec adesea nopţile legănînd copilul şi purtîndu-l în braţe.

Cînd copilul este ceva mai mare, el devine un adevărat tiran în familie. Se cedează la toate capriciile sale, se renunţă la pedepse bine meritate, se cere fraţilor şi surorilor să se încline în faţa exigenţelor tot mai mari ale micului cardiac. Atmosfera familială se găseşte mai mult sau mai puţin perturbată.

Cînd copilul merge la şcoală, este însoţit, i se duce geanta, se face totul pentru a fi dispensat de orice cultură fizică, se cere profesorilor să fie menajat la maximum.

Frica şi anxietatea parentală este cel mai adesea determinată prin lipsa unei concepţii clare şi realiste despre boala cardiacă congenitală, care este asemuită, în mod eronat, cu insuficienţa coronariană a adultului şi deci se consideră (32% din familiile interogate de Maxwell) că există posibilitatea survenirii morţii subite ca urmare a efortului.

Este interesant de subliniat că ocrotirea şi răsfăţul, părinţilor, în special al mamei, este în legătură cu prezenţa bolii de inimă şi nu cu severitatea acesteia. Deoarece părinţii sînt mai puţin înzestraţi pentru a putea determina gradul de relativă severitate a leziunii şi pot doar sesiza în parte implicaţiile prognostice, singură etichetarea „boală congenitală de cord" pune în mişcare schimbări complexe în abordarea şi atitudinea familiei nu numai faţă de copilul cardiac, dar în mod inevitabil şi faţă de fraţii săi normali.

Aşa cum ne-am aşteptat, protecţionismul matern al copilului cardiac este un răspuns atît la un factor autentic bazat pe boala reală a copilului cît şi la anxietatea mamei faţă de copil. Persistenţa anxietăţii este reflectată şi în faptul că 14% din copiii urmăriţi de Maxwell erau culcaţi în pat cu părinţii deşi exista un confort adecvat în familiile respective.

În toate aceste game de stressuri, medicul familiei serveşte de sfetnic şi linişteşte părinţii asupra stării normale a reacţiilor emoţionale.

De primă importanţă este a avea un diagnostic adecvat. Acesta este obişnuit precis clinic şi constituie baza pentru prognostic. În cazul copiilor la care diagnosticul este îndoielnic, se va arăta părinţilor că explicaţiile date sînt provizorii. În toate cazurile situaţia va fi cristalizată cît mai repede posibil.

Natura defectului este cel mai bine a fi lămurită cu ajutorul unei scheme a sistemului circulator, deoarece cei mai mulţi părinţi sînt suficient de ridicaţi pentru a înţelege explicaţiile date pe o bază fiziologică. Denumirile anatomice vor fi alese cu grijă spre a împiedica interpretările greşite ale părinţilor. Dacă emoţia sau alte cauze împiedică perceperea explicaţiilor, acestea vor fi repetate cu ocazia altor vizite.

Totodată trebuie îndepărtată frica de moarte subită a cărei impact asupra tulburărilor emoţionale am văzut că este deosebit de importantă.

De asemenea se va urmări înlăturarea sentimentului de vină arătîndu-se că malformaţia n-a fost produsă pentru că părinţii au făcut sau n-au făcut ceva în cursul sarcinii.

Se va vorbi apoi părinţilor despre evoluţia naturală a bolii. Dacă multe defecte se închid sau se micşorează cu vîrsta unele nu beneficiază decît de o intervenţie chirurgicală.

Se va arăta că în multe malformaţii infecţiile respiratorii sînt frecvente, dar ele sînt stăpînite cu un tratament adecvat. Există importante dificultăţi în creşterea copilului, acesta nu se dezvoltă ca un copil normal, dar cu răbdare, cu un regim corect şi cu o medicaţie corespunzătoare, rămînerea în urmă poate fi minimalizată. cu suferinţa lor. Ei invidiază totuşi pe ceilalţi copii cu posibilităţi de activitate normală. Bolile intercurente, internările reduc contactele sociale şi favorizează o întîrziere intelectuală. Izolarea împiedică exersarea unor mecanisme de reacţie.

Pe măsură ce copilul cu cardiopatie congenitală creşte, atenţia trebuie să se deplaseze de la părinţi la copil, scopul final fiind ca acesta să admită în mod realistic natura şi prognoza bolii cardiace. Pentru mulţi din aceşti pacienţi, supraindulgenţa parentală poate interfera cu luarea de măsuri disciplinare necesare pentru o normală dezvoltare comportamentală.

De aceea cel mai adesea medicul va permite copilului să ducă o viaţă pe cît mai apropiată de cea a celor de aceiaşi vîrstă şi nu va face din el o fiinţă aparte. Este greşit a considera că se poate împiedica un copil să se joace sau să fugă cînd el nu se plînge de nimic. Interdicţiile sînt o constringere inutilă pentru familie şi totodată sînt vătămătoare pentru copil. Vom ţine seama de o regulă simplă dar valoroasă : orice copil ce nu prezintă tulburări funcţionale şi a cărui inimă este de volum normal sau subnormal poate fi lăsat liber „la bride sur le cou", cum spune francezul.

În sfîrşit, pentru ca un copil cu cardiopatie congenitală să ajungă un adult util societăţii este necesar ca el să fie orientat spre profesiuni în care formaţia intelectuală să joace un rol mai important decît rezistenţa fizică. Trebuie făcut totul pentru a se asigura o şcolarizare cît mai apropiată de a celorlalţi copii, de preferat în instituţiile şcolare obişnuite. Segregarea copilului cardiac îl privează de stimulenţii indispensabili dezvoltării sale psiho-afective care sînt contactele cu ceilalţi copii şi emulaţia. Şi în această privinţă rolul pediatrului este primordial.

This study considers the behavioral impiicatul of congenital heart disease for the pediatric patient and his parents. The induced significant changes in family attitudes which are not necessarily related to disease severity or child incapacity. Poorer adjustment and anxiety in the cardiac child related more higly to maternal anxiety and pampering. Maternal anxiety seemed related to the presence rather than to the severity of the heart condition. A simple scheme for the prevention of some of these difficulties is outlined.

EXAMENUL-PROBĂ FORMATIVĂ CU VALENŢE DE RISC ÎN DECLANŞAREA NEVROZEI LA STUDENŢI. SOLUŢII PROFILACTICE

Viorica Stănculescu
— Cluj-Napoca

S-a discutat mult în ultimii 20 de ani asupra locului şi rolului examenelor în procesul educativ al tineretului universitar şi argumentele pro sau contra dau încă naştere unei polemici ascuţite.

Despre funcţia şi valorile examenului se admite că el are virtutea de a-l edifica pe student asupra nivelului său actual, ca şi pe profesor asupra eficacităţii sale. Apoi el permite progresiunea spre o treaptă superioară, sau sancţionarea repetării etapei corespunzătoare de studiu. Reuşita sau eşecul la examen implică şi o valorizare sau o devalorizare socială atît în grup, cît şi în afara grupului, unele examene, cum este cel de admitere în învăţămîntul superior, avînd o reverberaţie prelungită asupra existenţei tînărului.

Trebuie subliniat că testarea cunoştinţelor face parte integrantă din procesul educării, moment indispensabil de referinţă asupra unor acumulări de informaţie ştiinţifică.

Privit din perspectivă psihiatrică, însă, examenul constituie o probă dificilă pentru unele personalităţi imature sau fragilizate, moment anxiogen aşteptat cu nelinişte şi trăit cu emoţie intensă, uneori insuportabilă. Se naşte întrebarea : poate fi privită situaţia doar ca o stimulare orto-simpatică, pregătitoare pentru acţiune, sau mai degrabă este o reacţie de alarmă, adică prima fază a unui stress real ?

H. Danon-Boileau răspunde afirmativ la această întrebare, susţinînd că — în mod cert — condiţia examenului sau concursului este o situaţie prin ea însăşi artificială şi patogenă. Ea reclamă o acumulare de cunoştinţe foarte diverse timp de un an, apoi se joacă (cap sau pajură) în cîteva ore sau chiar cîteva minute, implicînd adesea întreg viitorul studentului. Nici că se pot visa condiţii mai bune pentru nevroza experimentală. Emotivitatea este pusă la grea încercare şi asistăm dese ori la acele „găuri“ brutale de ordin mnezic. la inhibiţiile bruşte, cu blocajul gîndirii, atît de frecvent descrise de pacienţii noştri.

G. Bloch, citînd studiile unor autori asupra manifestărilor fiziologice ale studenţilor în timpul examenelor, a găsit la 19 din 39 o tahicardie de peste 110/minut, iar la alţi 19 o T.A. de peste 15 maxima.

Piaget, de asemenea, subliniază „rolul nefast al examenului, deoarece întreaga activitate şcolară se orientează spre el, în loc să fie consacrată formării inteligenţei şi a metodelor de lucru“. El arăta că „docimologia“ sau studiul ştiinţific al valorii reale a examenelor a scos în evidenţă variabilitatea, caracterul relativ arbitrar şi semnificaţia concretă redusă a notelor obţinute la examen, care constituie de fapt „un artificiu mintal“, acumularea provocată şi momentană de date. De aceeaşi părere, E. Amado-Lévy-Valensi „înmagazinarea de cunoştinţe adesea prea abundente pentru a fi reţinute altfel decît pentru ziua examenului, într-un mod mecanic şi adesea absurd“.

J. Soudan susţine că examenele nu sancţionează decît cunoştinţele teoretice şi livreşti, în care memoria joacă rolul princeps şi nu competenţa intelectuală ; iar Vial spune că „un examen este rareori semnificativ în ce priveşte personalitatea, căci el concediază mijloacele de expresie şi formele de inteligenţă care nu sînt de tipul verbo-conceptual“.

Toate părerile de mai sus, dacă nu se referă la o majoritate absolută a studenţilor, este sigur însă că se calchează pe un mare procent din ei, generînd o serie de decompensări nevrotice de intensităţi variabile, pînă la aspectul de siderare emotivă, sau de refuz de prezentare la examen, oricare ar fi consecinţele unui asemenea act.

Studenţii care nu ştiu să înveţe, sau îşi planifică prost timpul afectat pregătirii, lăsînd pe ultimele trei zile întreg materialul de însuşit, au temeri justificate asupra rezultatului examenului. Sînt unii care fără să aibă motive obiective de temere, fiind conştiincioşi şi temeinic pregătiţi, — resimt o anxietate puternică, explicabilă doar prin profilul lor psihic de tip anxios, nevrotic. Se cunosc cazuri la care fobia eşecului împiedică depăşirea unui anumit examen, chiar dacă acesta a fost pregătit de 10—15 ori.

Se ridică problema deci în ce fel s-ar putea eluda factorul stress din conţinutul examenului, care ar fi metodele de edulcorare a lui, de transformare a lui dintr-un aparat coercitiv într-unul suplu, elastic, adaptabil unor individualităţi cît mai diverse.

S-au propus diferite soluţii în acest sens, prin intermediul unor reforme didactice la care asistăm de mai mulţi ani încoace : fragmentarea materiilor de predare, cu testarea periodică sub formă de examene parţiale, colocvii, extemporale, sau alte forme de examene prescurtate, au avantajul că oferă studentului facilizări cantitative, dîndu-i posibilitatea să înveţe doar cîteva cursuri o dată şi nu întreaga materie, ca la un examen obişnuit. Din notele obţinute în acest fel se face media, ce va constitui nota de examen.

O altă metodă despre care se crede că e mai obiectivă şi mai puţin stressantă, este examenul scris, cu renunţarea la ascultarea orală, mai consumptivă din punct de vedere emoţional. Examenul derivat din învăţămîntul programat, cu decuparea informaţiilor în iteme simple, constă din întrebări cu opţiuni multiple, la care studentul răspunde alegînd varianta corectă. Deşi pare facil, acest tip de control este stressant prin rapiditatea impusă candidatului în parcurgerea setului de întrebări. Pe de altă parte el este mai puţin aplicabil la unele profile de tip umanistic.

Se mai poate discuta şi despre alte modele de examinare, mai mediate, mai indirecte şi în final mai neutralizante pentru emoţie. Astfel G. Barrès şi J. R. Risse arată că examenul nu trebuie să fie în mod necesar şi în toate cazurile o operaţie solemnă şi codificată. El poate fi implicat şi atît de bine disimulat, încît l-am crede absent. De exemplu, controlul achiziţiilor unui intern (la medicină), în timpul stagiului, este opinia pe care şi-o fac despre el mentorii săi succesivi. Totuşi acest control se bazează pe elemente rău definite, exprimă o *opinie* şi nu o *măsură ;* depind de o apreciere failibilă, deci nu sînt publicabile şi nu pot fi utilizate în afara unui mediu restrîns.

Se mai pot practica, pe aceeaşi linie dezanxietantă, controale prin probe anonime, lucrări scrise nesemnate, pentru aprecierea nivelului general de cunoştinţe, studenţii recunoscîndu-şi fiecare teza şi avînd posibilitatea, după notare, să afle unde se situează în raport cu lotul testat. Profesorul nu cunoaşte rezultatele nominale, ci pe ale populaţiei în ansamblu şi îşi modulează învăţămîntul în continuare pe aceste date. Desigur că acest procedeu este aplicabil numai în cursul anului, deoarece controlul terminal trebuie să evalueze precis performanţele fiecăruia.

Dar nu trebuie uitat că examenul constituie doar finalul unei lungi progresiuni de aprantisaj, perioadă în care se poate interveni profilactic pentru înlăturarea eventualului eşec determinat de anxietate. Din acest punct de vedere, munca psihiatrului este de dorit să fie strîns îmbinată cu aceea a cadrelor didactice, iar aceasta va fi axată nu numai pe transmiterea pasivă a cunoştinţelor, (criticată în dublu sens : fiindcă încurajează narcissismul profesorului şi, nu pune elevul în situaţie activă) ci şi pe predarea metodelor optime de învăţare şi mai ales pe explicarea obiectivelor de atins, pentru cointeresarea şi motivarea studenţilor.

A. Castaigne critică organizarea studiilor, care, după el, urmează o logică formală, făcînd să se treacă de la cunoştinţe teoretice la o aplicare practică. Inconvenientul acestui demers este că studentul progresează fără să ştie unde va ajunge. De aceea el nu învaţă decît pentru a reproduce imaginea propusă de profesor şi această motivaţie nu e suficientă. Studentul înţelege abia la sfîrşitul studiilor pe ce ar fi trebuit să pună accentul în pregătirea sa. Cadrele didactice cooptate în echipa psihiatrului vor putea aprecia dificultăţile reale ale studenţilor, ca şi soliditatea cunoştinţelor de care dispun, greutatea asimilării şi integrării noţiunilor noi, perturbarea mecanismelor de învăţare, ca şi dificultăţile de conceptualizare. Pe baza acestor constatări ei vor trece la o reeducare pedagogică, progresivă, completînd lacunele, corectînd disachiziţiile de învăţare, modificînd stilul de lucru, introducînd metodele raţionale. Învăţarea secvenţială, defalcată în cadrul unui program bine gîndit şi individualizat, va evita suprasolitarea nevroticului.

În paralel, psihiatrul va putea aduce un aport preţios atît ca terapeut, cît şi ca mediator între instituţia de învăţămînt şi student. (de exemplu prin introducerea de principii ergonomice în metodologia examenelor : se cunosc discipline unde studenţii aşteaptă 4—6 ore pe coridoare, pînă intră la oral. În acest timp fac stări de hipoglicemie, sindroame de hipotensiune ortostatică, tulburări vegetative diverse, iar anxietatea se accentuează progresiv, încît cînd le vine rîndul nu se mai pot concentra şi pierd examenul). Ca psihoterapeut, psihiatrul va interveni prin diverse tehnici, adaptate la personalitatea tînărului candidat. Terapia raţională, de susţinere, tehnicile comportamentale dezanxietante, terapia catharctică sau cea focalizată, vor putea completa programul terapeutic al tinerilor cu dificultăţi şcolare.

Laboratorul de sănătate mintală pentru studenţi este o instituţie propice acestui fel de terapie combinată cu ghidaj orto-pedagogic, aplicabilă la o mare parte dintre studenţii nevrotici sau predispuşi, cu condiţia să dispună de o echipă complexă şi competentă, de un spaţiu arhitectural generos şi de un echipament tehnic modern de învăţare.

PSIHIATRIA UNIVERSITARĂ. ASPECTE ACTUALE ŞI DIRECŢII DE DEZVOLTARE ÎN VIITOR

Şt. Nica-Udangiu, Lidia Nica-Udangiu
— Bucureşti

Patologia populaţiei studenţeşti prezintă, pe lîngă trăsături comune patologiei generale, o serie de aspecte particulare, determinate de vîrstă şi de specificul ocupaţional al acestei grupe populaţionale.

Într-un studiu recent noi am întîlnit la studenţi, prin metoda epidemiologică activă, o prevalenţă a afecţiunilor psihice de 18,18% (13,96% nevroze ; 3,31% psihopatii ; 0,58% psihoze şi 0,32% epilepsii), de 2,6 ori mai mare decît cea calculată prin metoda pasivă (6,84%), după datele existente la fişierul policlinicii.

În diferitele studii epidemiologice a fost raportată o frecvenţă mai mare a tulburărilor psihice la studente, la sexul feminin (observaţie constatată şi în investigaţiile epidemiologice generale).

În investigaţia epidemiologică activă efectuată de noi am observat că prevalenţa afecţiunilor psihotice, a epilepsiei şi a psihopatiilor este asemănătoare la cele două grupe populaţionale, însă tulburările nevrotice sînt de 4,4 ori mai frecvente la populaţia studenţească (13,96% la populaţia studenţească şi 3,14% la populaţia generală de 21—25 ani dintr-un sector din capitală). Aceste diferenţe pledează pentru existenţa unei participări importante a unor factori „ocupaţionali“ universitari în determinismul afecţiunilor nevrotice ale studenţilor.

Conflictele majore psihologice în perioada studiilor universitare :

Conflictele psihologice majore la studenţi se desfăşoară, după David Seil, în următoarele patru direcţii : integrare reuşită faţă de integrare slabă ; independenţă faţă de dependenţă ; intimitate faţă de izolare ; realizare sexuală faţă de abstinenţă.

O cristalizare nereuşită a fenomenului de „identitate" dovedeşte o integrare slabă şi are loc atunci cînd subiectul nu este capabil să facă o alegere definită a profesiei, a partenerului, a valorilor şi a viitorului rol social. În perioada studiilor universitare are loc separarea de familie (separare fizică sau numai psihologică prin schimbarea unui sistem de valori cu altul), scăderea autorităţii şi a protecţiei parentale.

Conflictele apar şi în sfera sexualităţii, deoarece, deşi studentul este maturizat biologic precoce, din cauza prelungirii dependenţei sale economice, adesea el nu poate să-şi rezolve global problemele. Liber de restricţiile şi de vigilenţa părinţilor, studentul este preocupat de experienţa sexuală, însă nu are de obicei posibilităţile desfăşurării unei vieţi sexuale ordonate.

Particularităţile ocupaţionale ale studentului şi riscul studiilor în declanşarea unor tulburări psihice. Activitatea studentului, caracterizată prin eforturi intense intelectuale, este permanent dominată de o mare tensiune emoţională, generată de frecventele situaţii competitive şi de riscul de eşec, perceput obsesiv ca o sabie a lui Damocles.

Patologia examenelor şi concursurilor. Examenele generează o stare de tensiune puternică, o stare de anxietate intensă (existînd la unii teama de eşec, iar la alţii teama că nu vor lua nota dorită, nota maximă sau nota care să le asigure bursa).

Aşa după cum subliniază Amado Levy Valency (1963) la examene nu se poate încă renunţa, însă modalitatea desfăşurării lor poate fi îmbunătăţită.

Problemele studentului din primul an de studii. Dificultăţile de adaptare determinate de confruntarea cu o serie de probleme noi ale vieţii sînt întîlnite cel mai frecvent la studenţii anului I, cînd are loc trecerea de la un mod de activitate la altul, de la sistemul de învăţătură din şcoala medie la studiul universitar.

În facultăţi reuşesc studenţii cu rezultate foarte bune la învăţătură, astfel că un elev excepţional sau eminent într-o clasă de liceu are în anul I alături de el pe alţi colegi cu aptitudini şi capacităţi egale şi trebuie să facă faţă unei competiţii mai puternice. Studentul anului I este nevoit deci să-şi „reconstruiască baza identităţii sale şi a autoaprecierii" şi să accepte întrecerea la un nivel mai înalt. Faptul că incidenţa tulburărilor nevrotice este mai ridicată în primii doi ani de facultate şi scade progresiv în ultimii ani dovedeşte că studentul se adaptează progresiv la particularităţile imprimate de specificul ocupaţional al mediului universitar.

Probleme de performanţă universitară. SUNDQUIST (1973) consideră că următorii factori s-au dovedit că au semnificanţă pentru succesul studiilor universitare : factorii de sănătate ; trăsăturile personalităţii ; scopul şi motivaţia studiilor ; atitudinea părinţilor ; vîrsta ; experienţa anterioară ; locuinţa.

Problema alegerii greşite a profilului facultăţii. Un aspect destul de des întîlnit este acela al frecventării unui institut cu un profil pe care studentul nu-l îndrăgeşte (10,5% într-un lot de nevrotici studiaţi de Ieniştea).

Problemele studentului transferat de la o facultate la alta.

Problema eşecurilor universitare (repetenţia universitară). ên explicarea eşecurilor universitare au fost invocate trei categorii de cauze : unele care ţin de instituţia de învăţămînt (factori universitari : supraîncărcarea programelor analitice, supraîncărcarea programului săptămînal, calitatea pedagogică a metodelor de predare şi a modului de desfăşurare a examenelor, sarcinile extraşcolare, etc), altele care ţin de insul care învaţă (factori individuali : terenul somatic, labilitatea neurovegetativă, bolile intercurente, etc), iar altele care ţin de mediul său familial (calitatea climatului afectiv şi educativ din familie).

Problema studenţilor care renunţă la studiile universitare. După Seil în S.U.A. 40% din studenţi părăsesc facultatea înainte de a o termina şi dintre aceştia se apreciază că jumătate au motive psihiatrice. În Anglia, după Ryle, 13% din studenţi părăsesc prematur scena universitară. În ţara noastră datorită selecţiei exigente la examenul de admitere (care elimină persoanele cu motivaţii slabe) numărul studenţilor care renunţă definitiv la facultate este foarte mic.

Problemele sexualităţii şi ale gravidităţii la studenţi. Perioada studiilor universitare coincide la tinerii studenţi cu vîrsta în care apare necesitate începerii relaţiilor sexuale, în care apare nevoia de a reuşi nu numai pe planul academic, social, etc, ci şi pe planul sexualităţii.

Sarcina în timpul studenţiei (2—3% din studente rămîn gravide în fiecare an, după Ryle) duce frecvent la întreruperea studiilor şi creează dificultăţi în menţinerea performanţelor universitare (mai ales atunci cînd tînăra mamă studentă nu are ajutor în creşterea copilului). În cazul studentelor necăsătorite graviditatea provoacă un mare stress psihic, vinovăţie, ruşine şi frecvent tulburări psihice (stări depresive reactive).

Conflicte noi la studenţii din ultimul an de studii. În ultimul an de studii apar conflicte noi, pe de o parte legate de unele dificultăţi în realizarea lucrării de diplomă, iar pe de altă parte legate de o serie de decizii importante în ceea ce priveşte alegerea locului în care îşi va începe activitatea profesională.

From among the numerous problems of college psychiatry, the authors point to the following : epidemiologic aspects of psychic disorders in the student population ; major psychological conflicts during university studie ; students 'ocupational peculiarities ; pathology of examens and of competitive examinations ; academic performance problems ; profesional selection and direction problems ; students' failure problems (drop-outs) ; problems related to students' moving from one university to another ; sex and pregnancy problems ; new conflicts in last academic year.

FACTORII DE RISC ADAPTATIV INSTRUCTIV-EDUCATIV ÎN MEDIUL UNIVERSITAR

Constanța Buiuc, Gh. Balan, M. Șelaru
— Iași

Trecerea de la învățămîntul liceal la cel universitar presupune un efort deosebit biologic, psihologic și social din partea tînărului devenit student, în sensul că acesta trebuie să se adapteze unor noi exigențe de mediu pe care trebuie să le asimileze încorporîndu-le în structurile personalității sale supusă unui necontenit proces de transformare pe calea formării unor noi structuri interne operaționale necesare activității complexe pe care trebuie s-o desfășoare. Învățămîntul superior creează nu numai un specialist de înaltă calificare tehnică dezvoltînd în acest sens aptitudini și deprinderi necesare exercitării optimale a profesiunii, dar prin disciplinele umaniste ce fac parte integrantă din procesul de învățămînt, modelează și dezvoltă multilateral personalitatea viitorului specialist în sensul structurării unor trăsături interne subiective cu un sistem complex de valori individuale în consens cu idealurile general sociale.

Prin volumul de activități și cunoștințe, ca și prin implicarea directă responsabilă și autodeterminativă în planul comportamental instructiv-educativ, studentul, încă din primul an de studii este supus unor exigențe adaptative care se deosebesc esențial de cele cu care era obișnuit în perioada anilor de studii ca elev. Sistemul operațional al activităților cu care era obișnuit își lărgește cîmpul de acțiune și-și adîncește sondajele exploratorii, ceea ce impune reconsiderarea metodelor de muncă și de utilizare a timpului, fapt care îi stă pe deplin la dispoziția priceperilor dobîndite spre a le fructifica totdeauna în mod egal și cît mai eficient. De aici decurg în mod necesar dificultățile ca și cauzele riscurilor de eșec adaptativ instructiv-educativ, îndeosebi în primii ani de studenție.

Pe de altă parte, alegerea profesiunii nu este totdeauna în concordanță cu nivelul aptitudinal și cu sistemul motivațional individual, unii studenți optînd pentru o facultate sau alta împotriva dorinței lor, cedînd unor solicitări familiale presante și neconcordante disponibilităților și aspirațiilor lor. De aici se constituie o altă sursă generatoare potențială de risc adaptativ, deși se cunosc suficiente cazuri în care o orientare profesională inițial nonconcordantă cu aspirațiile individuale a putut deveni, pe baza unei activități deosebit de perseverente, o adevărată pasiune și cu rezultate practice sau teoretice de excepție. Dar în asemenea cazuri tensiunile conflictuale ale debutului universitar nu pot fi eludate chiar dacă ajustările se dovedesc excelente în dinamica realizării ca personalitate pe parcursul anilor de studii în universitate.

Se cuvine, de asemenea să amintim că în majoritatea cazurilor studenții își desfășoară activitatea în afara mediului familial în care s-au format și modelat pînă la terminarea liceului. Încorporarea în microgrupurile universitare presupune un nou mediu social, cu noi statusuri pe care trebuie să le dezvolte și să le realizeze în mod independent, atît în cadrul organizat al sistemului de învățămînt, cît și în mediul extrauniversitar.

Nivelul de realizare a activității instructiv-educative depinde nu numai de valențele disponibilităților individuale, dar și de calitățile fiecărui element component al microgrupului studențesc ca și de calitatea în ansamblu a interrelațiilor de grup studențesc. Apreciem ca avînd o semnificație particulară activitatea microgrupului studențesc deoarece individul, persoana nu poate fi concepută în afara dinamicii grupului, a societății căreia îi aparține plenar.

În condițiile unor interrelații pozitive de microgrup, acestea vor constitui motivația ideo-afectivă cu o deosebită acțiune sanogenetică și instructiv-educativă, acționînd stimulator atît asupra componentelor biologice, ca și asupra elementelor psiho-sociale ale adaptării la noile condiții de viață și activitate.

În altă ordine de idei, avînd în vedere triada învățămînt-producție-cercetare, considerăm că se cuvine a aborda, prin prisma necesităților prezente ca și a celor viitoare îndeosebi, preocuparea cadrelor didactice ca și a colectivelor studențești privind problemele de ergonomie pedagogică diferențiată pe care le implică în mod necesar practica productivă în învățămîntul superior, chiar și în cazul orelor de laborator. Din acest punct de vedere solicitările studentului se pare că vor trebui apreciate și valorificate în contextul unei ergonomii pedagogice diferențiate pentru fiecare profil de specialitate, în vederea evitării unor solicitări inutile sau necorespunzătoare care se pot constitui în factori de risc adaptativ fizic sau ideo-afectiv și, în particular, motivațional.

Studiul comparativ al riscului de eșec adaptativ instructiv-educativ prin afecțiuni psihice la studenții din centrul universitar Iași a fost întreprins de către Serviciul psihosocial împreună cu Policlinica pentru elevi și studenți pe perioada 1964—1969 comparativ cu perioada 1974—1979.

Referindu-ne la indicele de frecvență a afecțiunilor psihice la studenții din centrul universitar în perioada 1964—1969 constatăm următoarele :

De remarcat că proporția este egală în ce privește incidența nevrozelor pe cele două sexe. Așa cum rezultă din datele de mai sus, în perioada 1964—1961 se înscriu în ordine descrescîndă ca frecvență a bolilor psihice și deci și psihosindroamele nevrotice după cum urmează : Conservatorul 3,13% și respecti 3,88% ; Universitatea 2,76% și respectiv 2,58% ; Institutul de medicină și farmacie 2,62% și respectiv 2,37% ; Institutul politehnic 2,25% și respectiv 2,37% ; pe ultimul loc se situează Institutul pedagogic cu 1,98% și respectiv 1,71% Reținem, de asemenea, că la unele facultăți incidența bolilor psihice și respectiv a psihosindroamelor nevrotice ne apare cu o mai mare frecvență, așa cum este de exemplu Facultatea de științe economice (3,33% și

Tabel nr. 1

Nr. crt.	Facultatea	Total boli psihice	Total nevrotici	Ponderea nevrozelor din totalul bolilor psihice
1.	Filologie-filozofie-istoric	2,74	2,61	95,30
2.	Științe juridice	2,80	2,57	91,93
3.	Științe economice	3,33	3,11	93,46
4.	Fizică-matematică	2,85	2,69	96,60
5.	Chimie	3,52	2,19	86,92
6.	Biologie	1,94	1,83	94,73
	Total Universitate	*2,76*	*2,58*	*93,48*
1.	Mecanică	2,08	1,94	93,39
2.	Construcții	2,90	2,67	92,15
3.	Electrotehnică	2,36	2,23	94,77
4.	Chimie industrială	1,9	1,83	95,16
5.	Industrie ușoară	2,62	2,45	93,46
6.	Hidrotehnică	1,06	1,01	95,83
	Total Inst. Politehnic	*2,25*	*2,11*	*95,83*
1.	Agronomie	1,39	1,35	96,82
2.	Medicina veterinară	1,49	1,49	100,00
	Total Instit. Agronomic	*1,43*	*1,41*	*98,22*
	Total Instit. Medicină	*2,62*	*2,38*	*89,55*
	Total Conservator	*3,13*	*2,88*	*90,00*
	Total Instit. pedagogic	*1,98*	*1,71*	*86,56*
Total	Centru universitar	2,41	2,23	92,65

3,11%), Facultatea de construcții (2,90% și 2,67%), Facultatea de fizică-matematică (2,85% și 2,69%), Facultatea de științe juridice (2,80% și 2,61%), Facultatea de filologie (2,74% și 2,61%) și Facultatea de industrie ușoară (2,62% și 2,45%).

Considerînd în ansamblu, pe centrul universitar Iași distribuția cazurilor de nevroză în raport cu anii de studii, vom constata că incidența psihosindroamelor nevrotice a fost de 51,70% în anul I, 22,72% în anul II, 11,83% în anul III, 7,21% în anul IV și 3,26% în anul V, pentru ca în anul VI să nu mai găsim în evidență decit 0,54% din totalul cazurilor. Aceste date atestă în mod elocvent fenomenele oscilatorii ale procesualității adaptative la viața universitară deosebit de importantă pentru primii doi ani de studii, pentru care se impun cu necesitate instituirea nu numai a unor măsuri de psihoprofilaxie și educative corespunzătoare, dar și o atentă selecție și orientare profesională științifice fundamentale.

Analizînd repartiția diagnosticelor luna în care au fost formulate, vom constata următoarea distribuție procentuală : (p. 8).

În raport de anul în care au fost formulate diagnosticele, am înregistrat următoarele valori procentuale : 1964 — 7,21% ; 1965 — 6,76% ; 1966 — 11,45% ; 1967 — 14,96% ; 1968 — 26,69% și 1969 — 33,09%.

De asemenea, subliniem că formularea diagnosticului de nevroză a fost constatată într-o proporție de 66,45% în afara prezenței concomitente a unor suferințe viscero-umorale evidente.

Tabel nr. 2

Luna	masculin %	feminin %	Total %
ianuarie	8,06	6,42	7,30
februarie	4,87	10,89	5,04
martie	9,41	7,78	8,65
aprilie	10,08	12,67	11,27
mai	9,74	11,47	10,55
iunie	14,28	14,39	14,33
iulie	1,51	3,50	2,43
august	1,68	1,75	1,71
septembrie	8,73	7,97	8,38
octombrie	10,43	9,53	10,00
noiembrie	10,58	9,14	9,91
decembrie	10,58	10,11	10,36

Reținem, de asemenea, din datele de mai sus că cea mai mare frecvență a psihosindroamelor nevrotice apare în luna iunie, situîndu-se la valori aproximativ egale în lunile aprilie și mai, ca și în lunile octombrie, noiembrie și decembrie, adică tocmai în perioadele de sesiune sau în primele două luni care premerg sesiunilor de examene. Această constatare atrage, de asemenea, atenția asupra unor deficiențe în ce privește ritmicitatea pregătirii profesionale și manifestărilor de muncă „în asalt“ în pregătirea examenelor pe care o practică încă unii studenți.

Studiul comparativ al incidenței psihosindroamelor nevrotice în perioada 1974—1979 demonstrează, de asemenea, aceleași valori crescute de incidență îndeosebi pentru anii de studii I și II, exprimînd dificultățile adaptative la viața universitară particulară acestor grupe de studenți.

Distribuția procentuală pe institut și facultăți a morbidității prin nevroze în primii ani (doi) de studii se prezintă după cum urmează :

Tabel nr. 3

Morbiditatea prin nevroze la studenții anilor I și II (procentual) de la Universitate

An școlar	Fizică matematică		Istorie filozofie		Drept		Naturale biologie		Științe economice	
	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II.
1974—1975	7,61	10,04	9,23	9,68	3,12	6,89	9,41	4,70	5,74	8,00
1975—1976	7,75	7,94	8,12	5,33	2,32	4,41	3,75	4,76	4,80	5,18
1976—1977	10,61	10,95	7,28	6,99	4,05	5,75	7,04	5,56	5,93	1,16
1977—1978	4,64	6,03	5,39	4,63	2,74	3,70	2,86	5,56	2,99	2,50
1978—1979	3,70	5,96	4,05	3,59	4,39	1,35	3,06	4,76	2,06	1,40

Tabel nr. 4

Morbiditatea prin nevroze la studenţii anilor I şi II (procentual) de la Institutul Politehnic

An şcolar	Chimie şi ing. chimică		Electrotehnică		Textile		Mecanică		Construc. arhitect.		Hidrotehnică	
	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II
1974—1975	4,83	5,36	6,05	6,06	2,91	4,11	5,45	3,45	3,01	1,44	3,75	1,93
1975—1976	3,16	3,50	3,45	4,38	2,09	4,52	3,50	2,91	3,30	4,29	4,23	3,36
1976—1977	5,56	3,38	1,92	5,59	6,07	2,58	4,90	5,94	3,79	4,06	4,23	7,70
1977—1978	3,33	4,43	2,86	2,25	3,91	5,91	2,67	3,09	2,09	3,65	7,58	3,59
1978—1979	2,79	3,51	1,28	1,35	3,59	3,36	1,31	2,03	2,84	1,20	1,09	7,14

Tabel nr. 5

Morbiditatea prin nevroze la studenţii anilor I şi II (procentual)

An şcolar	Institutul Agronomic		Institutul de medicină şi farmacie		Conservator	
	I	II	I	II	I	II
1974—1975	5,00	4,09	4,61	2,79	5,75	4,95
1975—1976	1,89	2,80	4,40	3,24	1,33	1,23
1976—1977	1,88	3,01	6,02	2,87	1,14	1,23
1977—1978	3,33	3,78	4,56	2,75	3,70	4,30
1978—1979	1,38	2,01	2,64	1,73	6,41	2,30

Se constată, de asemenea, pentru perioada 1974—1979 ca şi în perioada 1964—1969 o frecvenţă crescută a reacţiilor şi demodulărilor cu risc adaptativ la studenţii unor facultăţi cu profil tehnic sau matematic, cum ar fi de exemplu facultăţile de fizică, matematică, chimie şi inginerie chimică, construcţii şi poate aparent paradoxal la studenţii facultăţii de filologie şi istorie, adică la acele facultăţi la care se cere un volum mare de muncă pentru însuşirea unor informaţii deosebite.

Spre deosebire de perioada 1964—1969, a scăzut frecvenţa psihosindroamelor nevrotice dezadaptative la Conservator şi Institutul de medicină şi farmacie, deşi volumul de cunoştinţe şi exigenţa profesională nu au scăzut în perioada 1974—1979, comparativ cu perioada precedentă.

Datele de mai sus atestă fenomenele de risc şi eşec adaptativ îndeosebi la studenţii anilor I şi II pe ansomblului centrului universitar şi considerăm că acestea fac parte din modulările adaptative particulare vieţii universitare. De asemenea, apar în mod evident dificultăţile de ordin subiectiv şi obiectiv pe care le presupun facultăţile tehnice cu un program particular de solicitare mai mare a efortului studenţilor în însuşirea unor discipline teoretice şi a unor tehnologii cu care în liceu nu toţi au avut posibilitatea să se familiarizeze.

În sensul celor de mai sus apare ca necesară şi utilă intensificarea măsurilor de psihoprofilaxie primară şi secundară prin conjugarea eforturilor cadrelor medicale de specialitate cu cele ale cadrelor didactice din învăţămîntul superior.

LIMITELE ŞI PERSPECTIVELE SCHIZOFRENIEI INFANTILE

V. Ghiran
— Cluj-Napoca

În ultimul timp se vorbeşte tot mai mult în literatura de specialitate de psihoze infantile fără a se putea renunţa însă la termenul de schizofrenie infantilă chiar şi de cei care-l contestă formal. Este adevărat că în lipsa unor puncte de vedere unitare cît şi graţie începutului, noţiunea de schizofrenie infantilă a avut o sferă de cuprindere prea largă, că sub această denumire s-au introdus cazuri care nu aveau nimic comun cu procesul schizofrenic în afara criteriilor de severitate, cronicitate şi apariţie la copii, că mulţi autori folosesc şi azi pentru aceeaşi entitate clinică în mod alternativ termeni de psihoză infantilă, schizofrenie infantilă, copil atipic, autism infantil etc., dar există şi alţii care caută să delimiteze sindroame specifice pentru fiecare termen.

Dificultăţile rezidă şi în faptul că prin unghiul cunoştinţelor noastre actuale este foarte greu să înţelegem şi să interpretăm comportamentul copilului. Dacă adăugăm la aceste neajunsuri specifice vîrstei infantile şi multele necunoscute existente încă în domeniul cunaşterii mecanismelor etio-patogenetice in domeniul schizofreniei în general, se înţelege de ce soarta acestei afecţiuni în vîrsta copilăriei a avut un drum sinuos ca şi noţiunea sa purtătoare.

Graţie susţinerii greşite a unui principiu, considerat de mulţi ca esenţial pentru diagnosticul de schizofrenie, conform căruia schizofrenia înseamnă în primul rînd o dezorganizare a personalităţii şi că la copil nu se poate dezorganiza ceva care n-a fost încă organizat, afecţiunea este negată timp de un secol de psihiatrie ştiinţifică iar primele începuturi de conturare a unei demenţe precocisime în vîrsta copilului aparţine lui Sancte De Sanctis 1909 şi mai apoi lui Suhareva şi Desport 1932. Termenul de schizofrenie infantilă este utilizat pentru prima dată de Potter în 1933 care conturează şi cele 6 criterii obligatorii pentru stabilirea acestui diagnostic iar împreună cu Shareva, Despert, Heuyer şi Kanner reuşesc să impună un punct de vedere nou dinamic, contrar celui susţinut atîta timp care nega existenţa schizofreniei la copil, arătînd că şi în vîrsta copilului pot exista psihoze cronice cu evoluţie spre pseudodemenţă, care înainte de a atinge stadiul deficitar tulbură în ansamblu relaţiile subiectului cu alţii, relaţii pe care vîrsta şi nivelul de organizare a personalităţii le-a permis, implicînd în mod obligatoriu o inflexiune marcată a curbei evolutive, fapt care ne orientează spre ea chiar în lipsa unor elemente delirante, halucinatorii etc. care la copil au alte posibilităţi de organizare şi adesea alte semnificaţii decît la adult.

După recunoşterea schizofreniei infantile ca entitate nozologică specifică care nu poate fi delimitată şi înţeleasă prin parametrii stricţi ai formei adulte, intrăm în a 2-a etapă cînd anumiţi autori, studiind tulburările psihice de intensitate psihotică în raport cu vîrsta debutului, emit pretenţia conturării unor forme particulare ale aceluiaşi proces unic.

Deoarece criteriile de clasificare erau diferite, ducînd adesea la confuzii, un grup de cercetări englezi sub conducerea lui Creak stabilesc în 1961 aşa-zisul „tabel al celor 9 puncte" care ar permite un diagnostic sigur de sindrom schizofrenic la copil, evitînd cu premeditate termenul de schizofrenie graţie imposibilităţii de încadrare a tuturor formelor într-un cadru rigid cît şi conturării unei noi idei care se profila tot mai mult pe baza experienţei clinice conform căreia între diferitele forme de psihoze infantile există nete separări etiologice, patogenetice etc.

Într-un astfel de climat şi aplicînd riguros criteriile de diagnostic ale lui Creak, Anthony în 1962 propune o nouă clasificare a acestor psihoze din vîrsta copilăriei, considerente ca schizofrenice în trei grupe. I. Psihoze cu debut foarte precoce dar cu evoluţie trenantă cronică care apar deobicei sub trei ani în care încadrează : sindromul autist a lui Kanner, forma pseudoafectivă a lui Bender şi forma „fără debut" a lui Despert, II. Psihoze care apar între 3—5 ani cu un tablou şi evoluţie acută urmată de fenomene regresive unde încadrează : Boala lui Heller, demenţele lui Sancte de Sanctis şi Weygandt, forma pseudonevrotică a lui Bender forma cu debut acut a lui Despert şi psihoza simbiotică a lui Mahler ; III. Psihoze cu debut tîrziu, deobicei după 7 ani, cu evoluţie fluctuantă subacută unde încadrează forma pseudopsihopatică a lui Bender.

Practica şi experienţa clinică conturează tot mai precis tabloul clinic a diferitelor forme şi în climatul noii orientări teoretice, Rimland 1966 afirmă că psihozele infantile cu debut precoce sub trei ani nu au nimic comun cu psihozele care debutează mai tîrziu şi nici cu schizofrenia, punct de vedere care devine tot mai domnant în perioada care urmează.

În acelaşi an însă Esenberg propune o clasificare etiologică în : psihoze la baza cărora se pot evidenţia prezenţa unor disfuncţii tisulare ale S.N.C. de origine toxică, metabolică, infecţioasă etc. şi psihoze în care aceste disfuncţii nu pot fi demonstrate. Clasificarea etiologică ar avea meritul nu numai în ameliorarea asistenţei clinice dar mai ales în orientarea cercetărilor de viitor pe un drum mai sigur şi necesar.

Ca o consecinţă a acestei orientări apar în 1971 cele şase studii, considerate lucrări de bază în domeniu, ale lui Kolvin privind psihozele infantile în care abordează : 1. Criteriile de diagnostic şi clasificare ; 2. Fenomenologia psihozelor infantile ; 3. Familia şi mediul social în psihozele infantile ; 4. Personalitatea şi atitudinea părinţilor în psihozele infantile ; 5. Disfuncţiile cerebrale în psihozele infantile ; 6. Funcţiile cognitive în psihozele infantile.

Bazat mai mult pe aceste studii, pe experienţa sa personală cît şi pe datele acumulate în ultimii zece ani Rutter în 1972, face o reconsiderare a schizofreniei infantile combătînd în primul rînd clasificarea propusă de Eisenberg pe care o consideră nesatisfăcătoare cel puţin din următoarele motive : 1. Se bazează pe metode de investigaţie curente, neadecvate scopului ; 2. Lipsa de diferenţiere între diferitele forme ; 3. Implicarea presupunerii unei singure cauze etiologice ; 4. Caracterul simplist şi nesigur a unui astfel de sistem.

Folosind criterii multiaxiale de diagnostic ca : — sindromul clinic dominant, — nivelul intelectual, — factori etiologici sau asociaţi de natură biologică, — factori psihosociali asociaţi sau etiologiei el propune o nouă clasificare a psihozelor din copilărie în patru grupe, clasificare pe care o susţine şi în 1978, în : psihoze schizofrenice, psihoze dezintegrative, autismul infantil precoce şi alte psihoze.

Ca psihoze schizofrenice le consideră doar pe acelea în care există o tulburare fundamentală a personalităţii, o distorsiune caracteristică a gîndirii, la care sensul de a fi este controlat de forţe alienate, deliere bizare, tulburări de percepţie şi afectivitate discordante şi autism. Tabloul clinic este dominat mai ales de halucinaţii auditive, perplexitate, caracterul vag, eliptic şi obscur al gîndirii, iar lucrurile şi situaţiile cotidiene par să posede un înţeles special, adesea sinistru.

Ca şi Kolvin consideră că următoarele trăsături o separă de celelalte forme de psihoze în copilărie :

Debutul între 11—15 ani, dar există cazuri în care debutul poate merge pînă la 7 ani sau chiar sub 7 ani, personalitatea premorbidă patologică la majoritatea ca şi debutul insidios, prezenţa tulburărilor asociative în gîndire la 3/5 din cazuri, frecvenţa foarte mare a blocajelor în gîndire şi a delirelor, a halucinaţiilor auditive în 80% a cazurilor, dar dintre care în 50% prezenţa şi a halucinaţiilor vizuale, tulburări de dispoziţie precoce, perplexitate şi în 2/3 prezenţa unei tociri efective : manierisme, grimase şi ambitendinţă la 3/5 dintre cazuri. La cazurile studiate de el a găsit o proporţie foarte ridicată de epilepsie temporală în antecedente, Q.I. în medie de 86, leziuni organice sechelare ale SNC în proporţie de 1/3, iar la 50% existenţa factorilor psihologici precipitanţi.

Prin psihoze dezintegrative înţelege acele forme care debutează mai ales, între 3—5 ani, şi care se suprapun ca evoluţie şi morfologie clinică cu cele descrise de Heller, care evoluează rapid spre represie, dezintegrare, devlăguire a personalităţii sub toate raporturile, personalitate ce s-a bucurat de o evoluţie normală pînă la vîrsta debutului. Ele au un prognostic foarte rezervat şi la cazurile decedate s-au găsit întotdeauna modificări histopatologice ale SNC de tipul degenerescenţei lipidice, caracteristice.

Prin psihoză autistă infantilă recunoaşte toate psihozele cu debut înainte de 3 ani, la care în 4/5 n-au avut niciodată o dezvoltare normală şi care se definesc clinic prin cele cîteva caracteristici cunoscute încă din 1943 din descrierea lui Kanner. Ele par să constituie grupul cel mai omogen şi mai bine delimitat dintre toate formele pe care şi Iatter susţine că nu au nimic comun cu celelalte forme de psihoze sau schizofrenie. Argumentele aduse de autor în susţinerea acestei afirmaţii comportă multe discuţii şi nu sînt convingătoare. Diferenţele invocate, în raport cu schizofrenia, par să fie mai mult particularităţi impuse de vîrstă decît de natura însăşi a bolii.

In a patra categorie, denumite alte psihoze, autorul încadrează acele forme care nu pot fi cuprinse în nici una din categoriile de mai sus afirmînd că există psihoze care deşi sînt similare din punct de vedere clinic autismului infantil precoce, apar după 3 ani, că există anumite cazuri în care tulburări severe, aparent implicînd o pierdere a sensului realităţii, dar care nu evoluează fatal ca psihozele dezintegrative şi care apar între 3—5 ani, cum există şi forme regresive severe ce au aproape toate caracteristicile clinice ale autismului infantil precoce.

Deşi s-a părut iniţial că lucrările lui Kolvin, ale lui Rutter au aruncat o lumină suficientă asupra psihozelor din vîrsta copilăriei în general şi a schizofreniei infantile în mod special, din cele de mai sus nu se desprind argumente convingătoare pentru pretenţia autorilor, graniţele dintre diferitele forme rămîn încă prea nesigure, iar prezenţa celor din a patra categorie după Rutter face practic ca aceste limite să nu existe şi schizofrenia infantilă să-şi menţină încă acutalitatea, încărcată de atîtea necunoscute mai ales în domeniul naturii sale, a mecanismelor etiopatogenetice. Deşi azi nu se poate contesta prezenţa ei în vîrsta copilăriei, deşi este recunoscută tot mai mult ca un precursor al schizofreniei adulte, heterogenitatea cazurilor aflate sub acest diagnostic impun nevoia găsirii unui „marker“ de natură fiziologică sau psihologică care să permită delimitarea unor grupe mai omogene pentru studiu în viitorul apropiat.

Noile studii ce avansează ipoteza prezenţei unei erori genetice în metabolismul mediatorilor chimici şi mai ales a dopaminei pentru psihozele schizofrenice, aflată sub influenţa unor multiple cauze exogene care pot declanşa şi întreţine această eroare, şterg din nou graniţele dintre diferitele forme de psihoze sugerînd iar ideea că acele diferenţe cunoscute de noi azi nu sînt decît expresia particularităţilor de vîrstă ale unei personalităţi în formare cu anumite echipotenţialităţi fenotipice şi trăind într-un mediu social definit. Se aşteaptă ca într-un viitor apropiat cercetările din domeniul psihiatriei dinamice cu cele biologice să aducă noi clarificări în privinţa naturii însăşi a psihozelor infantile, iar pînă atunci conduita noastră în tratament trebuie să vizeze în autismul infantil favorizarea dezvoltării abilităţilor de limbaj şi social, în psihozele schizofrenice restabilirea echilibrului la un individ care l-a pierdut temporar după o dezvoltare bună, iar în psihozele dezintegrative restabilirea funcţiei şi ajutorul recuperator în dezvoltarea structurilor lezate organic ale SNC.

The question of the nosologic delimitation of the psychic affections of psychotic intensity during child age is still far from being adequately solved. This limitation is on one hand related to the negation of schizophrenia in children for one century of scientific psychiatry and on the other hand to the relatively young age of infantile psychiatry, itself.

Presenting the way in which thinking developed in this problem since 1909, when Sancte de Sanctis described for the first time the „precocissimous dementia“ until now when the question of infantile schizophrenia has been questioned again, attempts are made define its limits and perspectives with the aim of obtaining a correct orientation of the therapy of these affections. The results obtained in the field of biologic research stressing the role of dopamine metabolism in the etiology of schizophrenia seem to shed a new light on this problem.

CLINICA AUTISMULUI INFANTIL PRECOCE ÎN PERSPECTIVĂ DINAMICĂ

V. Ghiran, Ileana Benga, Sempronia Filipoiu
— Cluj-Najoca

In problematica extrem de vastă şi complexă a autismului infantil precoce, dorim să abordăm pe aceea a dinamicii evolutive a acestui sindrom în diferite etape de vîrstă, viitorul copilului autist. Aceasta, cu atît mai mult cu cît în practica clinică sîntem de multe ori confruntaţi cu tablouri clinice în evoluţie de ani de zile, la care este foarte dificil de stabilit debutul în timp, iar tabloul bolii necaracteristic. Mulţi dintre copiii psihotici sînt văzuţi de psihiatri abia la 5—6 ani — părinţii sesizează în timp anumite particularităţi ale copilului, lipsa de dezvoltare a limbajului, dar amînă prezentarea la medic în speranţa depăşirii acestui impas prin dezvoltare.

In scopul cunoaşterii dinamicii evolutive a autismului infantil precoce, pe cazuistica noastră am făcut un studiu retrospectiv pe 10 ani (1969—1979) a cazurilor internate în clinica noastră. Aceste cazuri au fost solicitate pentru studii catamnestice prin folosirea unor chestionare adresate părinţilor, sau au fost solicitate pentru reinternare în clinică, pentru aprecierea caracterului evolutiv.

În perioada 1969—1979, în serviciul nostru au fost internaţi un număr de 26 copii, cărora li s-a stabilit diagnosticul de autism infantil precoce. Dintre aceştia, la un număr de 9 copii, psihoza autistă evolua pe fond sechelar encefalopatic cu un grad variabil de atingere neurologică, de obicei cu expresie motorie minoră. Studiul catamnestic a fost posibil doar la 9 copii care au răspuns solicitărilor noastre. În toate cazurile caracterul evolutiv denotă confirmarea diagnosticului iniţial, care poate dintre toate cadrele nosologice din psihiatrie, oferă tabloul clinic cel mai caracteristic, cu simptomatologia cea mai tipică.

Evoluţia psihozei în cazurile noastre, denotă odată în plus gravitatea bolii, cele 9 cazuri studiate catamnestic au rămas intens psihotice, cu simptomatologie variată, foarte polimorfă în funcţie de vîrsta la care se află copilul, deoarece aşa cum se specifică în literatura de specialitate tabloul clinic se modifică în raport cu vîrsta copilului. Launay şi Rauzy descriu ca şi caracteristic psihozei autiste la vîrsta latenţei un tablou ce depinde de profunzimea izolării mentale şi gradul deficienţei intelectuale. Majoritatea acestor copii alarmează anturajul prin insuficienţa lor mentală de un tip particular. Acum se remarcă mult mai rar solitarismul. Copilul psihotic simte nevoia unui anumit contact. Prezenţa adultului provoacă o excitaţie motrică şi verbală, iar frustrarea angoasă, strigăte, mînie, gesticulare vehementă. Fobiile sînt multiple şi intense. Stereotipiile sînt mai puţin numeroase şi mai puţin intense, dar se pot constitui într-un cortegiu de manifestări obsesionale şi rituale. Tulburarea de limbaj rămîne elementul major de apreciere evolutivă. Dacă boala apare după dobîndirea limbajului, copilul îl va păstra fără însă a-l îmbogăţi de cele mai multe ori. Dar, un număr important de autişti îşi păstrează mutismul şi nu ajung să pronunţe decît cîteva frînturi de cuvinte. Limbajul prezent, traduce gîndirea psihotică de la jargonul incomprehensibil pînă la un limbaj bine constituit şi comprehensibil, prezenţa ecolaliei sub forma metalaliei, solilocvia, folosirea neologismelor sînt foarte caracteristice. În situaţiile cele mai fericite există un limbaj organizat, bine adaptat, care însă ia adesea forma repetărilor fără obiect, a stereotipiilor verbale. Jocul rămîne şi acum stereotip, dar apar teme sadice, de cruzime şi tendinţa la colecţionarea obiectelor heteroclite, fără valoare. Dar bizareria contactului şi absenţa reacţiilor afective sînt elementele de bază pentru stabilirea diagnosticului.

În perioada adolescenţei, toate studiile confirmă handicapul mare al copilului autist. O problemă aparte o constituie apariţia crizelor epileptice majore în 28% cazuri. Hiperkinezia comună autismului mic se transformă în hipoactivitate, lipsă de iniţiativă şi autoconducere. Uneori, sub impulsul modificărilor hormonale, agresivitatea poate să devină problematică, alături de anxietate şi creşterea tensiunii psihice. Sigur, problemele sexuale ale acestei perioade, vor ridica nevoia unei asistenţe speciale.

Pentru a se putea face aprecieri asupra psihozei autiste, subliniem faptul că, cel mai important element de prognostic este QI al copilului. QI-ul sub 50, denotă o evoluţie nefavorabilă. Invers, QI-ul nonverbal, de la 70 în sus, înseamnă la aproximativ o jumătate din aceşti copii o evoluţie bună în viaţa de adolescent şi adult. Severitatea tulburărilor de limbaj este un alt factor de prognostic pentru viitor, limbajul neinstalat pînă la 5 ani, precum şi severitatea tulburărilor în dezvoltarea globală, organizarea jocului copilului, complexitatea, varietatea jocului, lipsa capacităţii jocului constructiv, sînt factori de prognostic nefavorabili, iar după Lotter dizarmonia familială este şi ea un factor în plus de evoluţie nefavorabilă. Analiza celor 9 cazuri din lotul nostru, evidenţiază evoluţia extrem de gravă a acestor cazuri, cu handicap marcat al vieţii lor psihice. Aceşti copii nu au reuşit să se încadreze în viaţa socială, nici unul din ei nu este înscris, sau nu a urmat vreo modalitate de instrucţie şcolară. Sporadice încercări de încadrare în mediu preşcolar sau şcolar, s-au soldat cu eşec din cauza dezinteresului şi tendinţelor agresive ale copilului. În prezent, majoritatea acestor copii sînt dependenţi de familie.

Studiile lui Rutter, Goldfarb, Creak, Eisenberg, apreciază prognosticul psihozei autiste în viaţa de adolescent şi adult, arătînd că 60% rămîn sever handicapaţi şi total incapabili să ducă o viaţă independentă. Unul din 6 copii poate duce o viaţă socială, efectuînd o meserie, continuînd să rămînă însă cu dificultăţi relaţionale şi diverse ciudăţenii. Aproximativ 25% se găsesc între aceste două extreme cu diferite grade de independenţă, cu minore probleme de dezvoltare, dar necesită supraveghere şi sînt incapabili să efectueze o muncă.

Din cele 26 de cazuri de autism care au constituit obiectul nostru de studiu, vom prezenta două cazuri cu particularităţi evolutive diferite. Aceste două cazuri, au fost diagnosticate ca autism în perioada de copil mic, iar în prezent se găsesc la vîrsta pubertăţii.

A. D. — 13 ani, urmărit de la vîrsta de 3 ani. Tabloul clinic se menţine în limitele autismului infantil fără virare spre un tabloul disociativ la care vîrsta ar permite accesul, şi fără o evoluţie de tip regresiv demenţial. Relaţii interpersonale posibile cu familia, stereotipii multiple, limbaj ciudat, fragmentar, papagalicesc, metalalie, inflexiuni bizare în exprimare şi în tonaţie care se intercalează cu folosirea adecvată a limbajului în scop de comunicare. Solilocvie. QI — normal. Încercarea de instrucţie şcolară nereuşită. Comportament stereotip, necreator cu frecvente perioade de anxietate şi agitaţie marcată. Terapia neuroleptică ineficientă sau cu reacţii contrarii. Evoluţia acestui caz ar putea confirma ipoteza susţinută de mulţi autori (Rutter, Kolvin, Piggott), care susţin necesitatea considerării autismului infantil ca entitate specifică ce nu are nimic comun cu schizofrenia.

C. N. — 16 ani, asistat de la vîrsta de 7 ani. Tabloul clinic actual superpozabil cu cel al schizofreniei. Relaţii interpersonale dificile, dar posibile, foarte bune cu mama. Bizar în comportament, stereotipii multiple, iluzii halucinații multiple, plurisenzoriale, interpretări delirante, gîndire dereistă, limbaj bizar cu stranii inflexuni în voce, multiple neologisme, cu frecvente perioade de disociație. Obtuzie afectivă cu mari perioade de anxietate determinate de trăirile halucinatorii. Masturbație, eschibiționism. Încercările repetate de înscriere în mediul școlar, rămîn fără succes, nefiind posibilă nici școala ajutătoare, deși QI-ul pare normal. Încadrat în familie. Evoluție bună, neproductiv sub tratament neuroleptic. Debutul mai tardiv decît obișnuit la acest caz, cît și unele trăsături care nu se călcau în perioada inițială pe parametrii stabiliți de Kanner, ridică problema posibilității debutului schizofreniei la o vîrstă foarte mică, cînd principalele ei caracteristici clinice, rămîn tot cele de tipul autismului infantil, fie problema relației posibile între psihoza autistă infantilă și schizofrenie, presupunere căreia ne alăturăm și noi.

Concluzii. Din observațiile noastre clinice, se confirmă că tablourile psihotice de tipul autismului infantil, apar într-o frecvență ce se situează pe locul doi în cadrul manifestărilor psihopatologice profunde.

Vîrsta debutului se situează în jurul a 3 ani, dar nu se exclude debutul și după 5 ani.

Morfologia tabloului clinic este dependentă de mulți factori, dar în primul rînd de vîrsta debutului și de vîrsta la care facem aprecierea de moment.

Evoluția în timp a acestor cazuri merge în general pe conturarea unui sindrom de handicap major, al cărui simptom esențial rămîne tot autismul, dar nu sînt excluse nici cazurile cu evoluție disociativă, schizofreniformă care ridică problema relației dintre autism și schizofrenie ca o relație de continuitate și nu de interferență.

With the description of the syndrome of infantile autism in 1943, Kanner opened a very productive era in the field of infantile psychiatry, infantile autism occupying an important place in literature of this speciality.

The present paper aims at bringing a contribution to the study of the evolution in time of early infantile autism. For this purpose children with the diagnosis of early infantile autism admitted to our clinic in the 1969—1979 period were followed up catamnestically. The nine cases responding to our solicitation constituted the object of the study on the clinical picture with an evolutive appreciation of the prognostic and evolution factors demonstrating the extremely severe character of this psychosis with onset in small childhood.

CONTRIBUȚII LA RECUPERAREA SOCIO-PROFESIONALA A STUDENTULUI SCHIZOFREN

C. Postelnicu, Gh. Balan, A. Avasilcăi
— *Iași*

Problematica psihiatrică a tineretului studios, în special al tineretului universitar, cunoaște dimensiuni care au început să preocupe mai degrabă lumea specialiștilor decît cea a autorităților academice și forurilor de decizie. În cadrul acestei problematici o pondere și semnificație deosebită au căpătat în ultima vreme diversele tulburări psihice care intră în „nișa" nosografică a schizofreniei. La nivelul Cabinetului de psihiatrie al Policlinicii pentru studenți din Iași, pentru rațiuni diverse, care nu este locul a fi detaliate aici, am considerat în activitățile de asistență curentă că este mai indicat a folosi diagnostice care să sugereze schizofrenia, rezervînd formulările explicite numai pentru acele cazuri în care situațiile infauste s-au demonstrat a fi prea evidente pentru a mai fi escamotate prin artificii de lexic medical. În perioada anilor 1975—1979 la nivelul centrului universitar Iași situația studenților cu tulburări psihice de natură schizofrenică a fost cea expusă în tabelul 1. Depistarea acestor cazuri s-a efectuat exclusiv prin prezentarea persoanelor în cauză la nivelul cabinetului de specialitate din policlinică, adică printr-o intervenție pasivă de evidențiere a bolilor psihice.

Apreciem că incidența tulburărilor psihice de tip schizofrenic în rîndul tineretului universitar este probabil mai mare decît cea pe care o prezentăm noi. La nivelul unei activități de rutină dintr-un cabinet de policlinică depistarea schizofreniei prin metoda activă și după o metodologie riguroasă și de fiabilitate indubitabilă este un deziderat încă greu de realizat în prezent, mai ales în condițiile în care se efectuează examenul psihiatric la vizita medicală pentru instituțiile de învățămînt superior. În cazuistica noastră tulburările psihice de tip schizofrenic s-au manifestat la vîrste de la 20 pînă la 31 ani, incidența cea mai mare fiind pentru grupa de vîrstă de 21—23 ani, cea care corespunde de altfel și categoriilor de vîrstă cele mai vii reprezentate în cadrul tineretului studios universitar. Așa după cum era și de așteptat, anii II și III de studii sînt cei care dau cel mai mare număr de cazuri de îmbolnăviri prin schizofrenie. Semnalăm o ușoară prevalență a bolii la băieți față de fete.

Distribuția bolii în raport de profilul diverselor instituții de învățămînt superior, nu are în cercetarea efectuată de noi corelații semnificative între frecvența bolii și profilul studiilor. Notăm totuși frecvența extrem de scăzută a bolii la studenții facultăților de la Institutul Agronomic, în special facultățile cu profil agro-horticol, situație explicabilă după noi prin selecția psihică care se operează aici în mod spontan la alegerea profesiunii.

În fenomenologia manifestărilor clinice semnalăm relativ marea frecvență a formelor cu evoluție torpidă în dauna formelor productive (floride). Această situaţie face ca mulţi studenţi cu schizofrenie să fie etichetaţi iniţial, mai ales de nespecialişti, ca prezentînd sindroame nevrotice, sindroame asteno-depresive, sindroame de suprasolicitare etc. Suprasolicitarea intelectuală de care se plîng în geneza bolii mulţi bolnavi pare a fi un fenomen real, dar sub forma de picătura care le varsă paharul deja umplut. Refuzul de a merge la şcoală a unor studenţi, pînă atunci elemente conştiincioase, fenomenele de „lene" patologică sînt elemente care la consultaţiile psihiatrice de rutină trebuie luate în seamă cu multă seriozitate cu un preludiu al unui veritabil proces schizofrenic. Semnalăm în observaţiile noastre precedarea simptomatologiei schizofrenice cu semnificaţie clinică de existenţa unor comportamente care vizează o marginalitate existenţială faţă de grupul corespunzător de vîrstă. La băieţi lucrul acesta devine mai evident în cadrul unei anamneze mai amănunţite atunci cînd se studiază inserţia şi atitudinea faţă de executarea serviciului militar, veritabil banc de probă pentru personalitatea adolescenţilor şi tinerilor din zilele noastre. Un deziderat al scăderii morbidităţii prin boli psihice în rîndul tineretului universitar îl reprezintă efectuarea la admiterea în facultate a unui examen medico-psihiatric de o fiabilitate cît mai ridicată. Avînd în vedere tendinţa candidaţilor de a-şi disimula antecedentele neuropsihice, precum şi supravalorizarea probei academice la criteriile de intrare într-o profesiune ce obligă la absolvirea unei facultăţi, considerăm că este necesar să punem în discuţie necesitatea la admiterea în învăţămîntul superior nu a unei fişe medicale, ci a unei fişe medico-socio-pedagogice, necesară a fi completată cu competenţă, rigurozitate şi simţ de răspundere de medici, pedagogi, lucrători din serviciile de personal etc. Pe de altă parte socotim că este imperios necesar ca pe plan naţional să existe un punct de vedere doctrinar mai bine precizat asupra posibilităţilor şi limitelor de a efectua studii superioare la indivizii cu tulburări mintale. Legat de aceste aspecte, apreciem că este necesar să facem unele consideraţii şi precizări în baza observaţiilor şi experienţei noastre din ambulator, clinică, mediul de activitate al studenţilor (opinii ale personalului didactic şi studenţilor) cît şi din afara acestora (familiile studenţilor bolnavi de boli psihice, microgrupul lor social extrauniversitar).

Din contactele noastre cu personalul didactic reiese că acesta este în general puţin familiarizat, dar nu şi nereceptiv la condiţia socio-psihologică şi didactică a studentului bolnav psihic. Pentru a remedia în parte acest aspect considerăm că ar fi necesar ca la policlinicile pentru studenţi să existe în statul de funcţiuni ale acestora cadre de teren, de preferat psiho-sociologi, care ar putea să facă mai mult decît servicii de complementare a relaţiei bolnav-medic-autoritate academică (cadre universitare). În observaţiile noastre, autorităţile academice s-au dovedit tolerante faţă de studenţii schizofreni, preferînd în ultimă instanţă atitudini de nonintervenţie administrativă, lăsînd ca în cele din urmă procesul didactic să-şi impună cuvîntul hotărîtor. În cazuistica studiată de noi, mediile cele mai rejetante pentru studenţii schizofreni par a fi cele legate de învăţămîntul superior tehnic.

Perspectivele de reuşită profesional-social şi determinarea studiilor de către studenţii schizofreni, rămîne o coordonată axială a preocupării psihiatrului angrenat în asistenţa acestei categorii de bolnavi. Pentru unii studenţi se pune cu o deosebită acuitate, pe parcursul studiilor, problema reorientării lor profesionale. Din punct de vedere administrativ aceasta înseamnă realizarea transferului la alt profil de facultate sau chiar la alt profil de institut de învăţămînt superior. Subiecţii schizofreni în general, iar cei cu manifestări paranoide în special, au premize de a nu putea să-şi îndeplinească obligaţiile şi sarcinile profesionale care impun contacte interpresonale permanente şi cu responsabilităţi sociale. (munci de răspundere socială, activităţi educativ-instructive şi pedagogice, activităţi legate de îngrijirea şi asistenţa bolnavilor, munci de organizare, conducere a producţiei etc.). Din datele noastre catamnestice rezultă că foştii studenţi bolnavi de schizofrenie nu pot face faţă îndeosebi exigenţelor profesionale ale unor profile de activitate legate de absolvirea unor facultăţi ca acelea care pregătesc specialişti pentru ştiinţele sociale personal didactic, lucrători din aparatul administraţiei de stat, personal medico-sanitar.

Soarta studentului schizofren după terminarea facultăţii, dar mai ales asistenţa şi protecţia sa medico-socială, capătă semnificaţii majore îndeosebi în etapa repartizării în producţie. Socotim că în acest domeniu şi perioadă de timp ar fi necesare reglementări de principiu, ca şi mai multă elasticitate şi comprehensiune la nivelul comisiilor de repartizare în producţie, consultarea de către aceste organe de decizii nu numai a eventualelor documente prezentate de solicitanţi, ci de asemeni în mod permanent şi a unor medici, consilieri, inclusiv psihiatri, ataşaţi respectivelor comisii, bine familiarizaţi cu asemenea problemă. Personal socotim că nu este indicat ca absolvenţilor de facultăţi bolnavi de schizofrenie să li se creeze un statut de excepţie, ci să fie repartizaţi după nevoile societăţii şi intereselor lor reale şi nu în raport de solicitările inconsistente de conjunctură. Spre exemplu, socotim că absolvenţii facultăţilor de filologie să fie îndrumaţi către profile de bibliografi, bibliotecari, traducători etc., cei ale facultăţilor tehnice către munci de întreţinere, cercetare etc., iar cei ai facultăţilor de matematică spre activităţi în sfera învăţămîntului.

Pentru studentul bolnav de schizofrenie, în special, ca şi pentru cel handicapat neuropsihic, în general, socotim că este necesar a se trece pe viitor la luarea unor măsuri pe plan medico-social, nu numai în scop strict terapeutic, ci şi de ameliorare a statutului său de bolnav. Dacă pe plan practic, din punct de vedere organizatoric, se poate considera rezolvată problema tratamentului său ambulator, un aspect care devine tot mai acut este cel al cazării în condiţii corespunzătoare. Deşi în princiu susţinem integrarea lor, a studenţilor handicapaţi, în masa celorlalţi tineri, socotim că ar fi bine venită, la fel ca şi în cazul bolnavilor cu tuberculoză, o acţiune de organizare a unor preventorii în care studenţii cu afecţiuni neuropsihice să fie supravegheaţi în permanenţă, atît pentru prevenirea unor decompensări, cît şi pentru asigurarea efectuării prestaţiilor medicale impuse de prezenţa şi evoluţia bolilor pe care le prezintă. Un asemenea deziderat ar impune mai multe eforturi organizatorice și de schimbare a opticii de acordare a asistenței medicale, decît investiții special nominalizate în acest sens.

O problemă tot mai necesară a fi precizată este aceea a statutului administrativ, academic și socio-profesional al studentului bolnav psihic și în special bolnav de schizofrenie. Costul tot mai ridicat al studiilor universitare și necesitatea eficienței investițiilor sociale efectuate în ele creează la toate nivelele aprehensiuni asupra atriției de efective prin cauze evident imputabile care pot fi eliminate la timp prin intervenții adecvate. Personal socotim că în prezent se impune elaborarea unor criterii medicale privind indicațiile și contraindicațiile pentru efectuarea de studii în instituțiile de învățămînt superior cu specificări exprese a metodologiei rezolvării situațiilor litigioase și competențelor în acesta domeniu. Avînd în vedere exemplul criteriilor medicale de diagnostic clinic, diagnostic funcțional și evaluarea capacității de muncă existente în prezent la dispoziția CEMRCM considerăm că sub egida Ministerului Educației și Învățămîntului, Ministerului Sănătății și Ministerului Muncii s-ar impune elaborarea unor criterii similare pentru candidații la admiterea în învățămîntul superior, studenți pe parcursul școlarizării și absolvenți la repartizarea în producție.

Institutul de învățămînt superior	Anul cercetării statistice	În evidență la sfîrșitul anului precedent	Cazuri noi luate în evidență	Cazuri scoase din evidență	Rămași în evidență la sfîrșitul anului	Absolvenți
Universitate	1976	12	8	6	14	3
	1977	14	6	3	17	3
	1978	17	8	2	23	7
	1979	23	5	6	22	6
Institutul Politehnic	1976	13	4	2	15	2
	1977	15	4	2	17	2
	1978	17	11	4	24	4
	1979	24	2	9	17	9
Institutul Agronomic	1976	1	1	1	1	—
	1977	1	—	1	—	1
	1978	—	—	—	—	2
	1979	—	—	—	—	—
Institutul Medico Farmaceutic	1976	3	—	—	3	—
	1977	3	6	—	9	—
	1978	9	—	2	7	—
	1979	7	1	—	8	—
Conservator	1976	1	—	—	1	—
	1977	1	—	—	1	—
	1978	1	—	1	—	1
	1979	—	—	—	—	—

IMAGINEA CORPORALĂ ÎN EDENTAȚIA PARȚIALĂ LA TINERI

V. Mihăescu, C. Neumann, Mirela Andrei, Maria Baston
— *Iași*

Imaginea corporală ca element deosebit al personalității umane, a fost puțin abordată în literatura română de specialitate. Ca imagine a propriului corp pe care individul și-o evaluează prin experiență și care psihologic este reprezentarea corpului nostru și atitudinilor corespunzătoare față de această primă realitate a existenței noastre grație reprezentării, cum susțin specialiștii în materie. Schilder, Fischer, Cleveland, imaginea corporală, nu este, de la sine, un dat. Ea se construiește prin experiență și evoluări succesive ale propriului corp, prin raportarea la altul, la grup, norme și valori. Desigur, în cursul acestui proces în care ne căutăm propria identitate dar dorim mai mult sau mai puțin conștient să ne identificăm cu un model de frumusețe statuat de societate prin mass-media, ne descoperim infirmități mai mult sau mai puțin reale. Eforturile noastre vor fi atunci, în bună parte, canalizate spre a ajusta sau masca aceste infirmități în conformitate cu modelul de frumusețe de care aminteam. Cu atît mai mult cu cît persistența perceperii și interpretării lipsei de armonie prin intermediul grupului poate constitui punctul de plecare în structurarea sentimentului — complexului de inferioritate studiat de Adler și văzut de Schachter ca un „complex al urîțeniei".

Am făcut aceste cîteva precizări, fiindcă fața ocupă un loc aparte în cadrul imaginii corporale, ea fiind cel mai mult expusă investigațiilor vizuale de către alții. În acest context dantura are o semnificație deosebită, edentația putînd genera sentimentul de inferioritate însoțit de sentimentul de frustare și de reacțiile caracteristice : agresiunea (la nivelul acțiunii, limbajului), represiunea, regresiunea, refularea etc. Adîncirea acestui sentiment este strîns legată de componentele statutului fiecăruia : profesie, sex, vîrstă, cultură, de unde și semnificația acordată corpului, implicit a imaginii corporale.

Pentru a vedea care sînt implicațiile parțiale la tineri, am studiat un număr de 30 subiecți, 15 femei și 5 bărbați, avînd vîrsta între 20—30 ani. Au fost aplicate testele P—F (frustrație a lui Rosenzweig), testul de adaptare W—M și orientativ testul Rorschach. Am putut constata la subiecții investigați că semnificația dentației are o rezonanță afectivă mai puternică la persoanele feminine decît cele masculine, dat fiind și faptul că persoanele feminine sînt mult mai sensibile la propria imagine corporală decît bărbații. Dar atît persoanele feminine cît și cele masculine se consideră frustrate de prestigiu, putere de seducție, posibilități de identificare cu alții aparținînd altor grupuri cu statuturi și roluri diferite ca urmare a edentației, așa cum rezultă din convorbirile anterioare aplicării testelor. Așa se și explică sentimentul de inferioritate pus în evidență cu ajutorul testului Rorschach, care este prima consecință a frustrației, la care mai adăugăm : o sensibilitate mai accentuată față de propria imagine corporală, fața în special, tradusă prin emotivitate (mai mare la femei decît la bărbați) și instabilitate crescută (mai mare la bărbați decît la femei), după testul W—M.

Desigur, frustrația dă naștere și agresiunii care ca direcție poate fi extrapunitivă (îndreptată împotriva altora), intrapunitivă (îndreptată asupra propriei persoane) și impunitivă (cînd se caută o conciliere), după clasificarea lui Rosenzweig.

Studiul subiecților suferind de edentație parțială a evidențiat că răspunsurile ca urmare a frustrației sînt 59,58% extrapunitive și 38,21% impunitive. S-au reliefat tipurile de reacție O—D (obstacol dominant) la 54,17% dintre subiecți cu repartizarea următoare : 11,86% bărbați și 42,71% femei, și E-D (Ego defense) la 32,86% dintre subiecți cu repartizarea următoare : 11,82% bărbați și 21,04% femei. Cert este că agresiunea determinată de frustrație se poate realiza la nivelul acțiunii (distrugere, lovire de obiecte sau persoane) sau la nivelul limbajului (ironie, sarcasm). Grupul social este de cele mai multe ori răspunzător de cristalizarea unor tendințe ale personalității în cazul edentației parțiale, ca urmare a presiunilor pe care le face (estetică dentară, vestimentară). Agresivitatea persoanelor cu edentație parțială este rezultatul nu numai al frustrării de o „dantură impecabilă“, datorită reflectării în altul care distorsionează și mai puternic imaginea pe care o au aceste persoane despre ele, dar și al agresivității celorlalți, pentru care persoanele cu edentație parțială reprezintă elementul negativ care știrbea prestigiul grupului. De aceea, credem noi, profilul total al personalității (după W-M) prezintă o încărcătură psihopatologică la limita superioară a normalului (mai ales la femei), ceea ce ne întărește convingerea că edentația parțială reală ca și fantasmele și visele în legătură cu ea, mărturisite de subiecți, este o problemă care trebuiește studiată și din punctul de vedere al adaptării la grupuri, norme și valori, corolarul fiind, desigur sănătatea mintală.

The authors think that in the partial edentation of the youth the partial played by the body image is not a minor one, because it has important psychological and psychosociological consequences which influence the mental health. Investigating a group of 25 subjects (15 women and 5 men) by means of P-F (Rosenzweig), W-M, and Rorschach tests, the authors show that the frustration feeling generated by the facial aspect (a component of the body image) manifests itself in aggressiveness (of actions and speech), regression, repression, supression. These reactions are stronger with women than with men, and adaptation is more difficult with the farmer.

The authors insist on the intensification of the psychological research following thus direction.

TESTUL T.A.T. ÎN TULBURĂRILE PSIHICE REACTIVE LA COPIL ȘI ADOLESCENT

N. Cosmovici, Maria Cosmovici, M. Șelaru
— *Iași*

Este unul dintre cele mai cunoscute (și acceptabile) teste proiective folosindu-se din ce în ce mai mult în investigațiile psihologice individuale (clinice și școlare).

Conceput de H. A. Murray și C. D. Morgan (1935), testul este format din 30 de taste (ilustrații, imagini), plus una albă, reprezentînd diferite evenimente și situații diferențiate pe sex (fete—băieți, femei—bărbați), în care se solicită subiectului să relateze tot ceea ce îi sugerează tastul (imaginea) respectiv. Interpretarea fiecărui tast gravitează în jurul a două noțiuni fundamentale : trebuințele, emoțiile care constituie forțele interne ; constrîngerile, care constituie forțele externe.

În cadrul forțelor interne se pot depista : *conflictele* (stări de indecizie, incertitudine, nehotărîre, lupta dintre impulsuri, dorințe, aspirații, scopuri) și stările de anxietate (neîncredere, gelozie, așteptare), pe lîngă alte elemente subordonate ale forțelor interne și externe.

Testul T.A.T. l-am aplicat la 100 subiecți adolescenți 16—20 ani (aceeași subiecți ca la testul „Afectivo-Diagnostic“) decanonizîndu-l de la modul clasic de investigare, ținînd seama în primul rînd de solicitările simptomatice ale subiecților (grupă spitalizată și grupă polimorfă). Renunțînd la amănunte cu privire la test, prezentăm în această comunicare, numai tema tastului și determinările semnificative de frecvență, care exprimă forțele interne și externe, așa cum se desprind din relatările obiecților.

Cele 10 taste (planșe) aplicate de noi au fost (le prezentăm cu inițialele clasice) : 3 G.F. ; 5 și 6 B.M. ; 7 B.M. ; 7 G.F. ; 8 B.M. ; 9 G.F. ; 12 M. ; 13 M.F. ; 18 G.F.

1. *Planșa 3 G.F.*, exprimă o situație critică acută în urma unui fapt regretabil, care are în centrul determinărilor afective sexualitatea. Sexualitatea este interpretată de către subiecți — ca dăruire și regret imediat prin abandon și ca viol de către persoana preferată (în 7 cazuri a reieșit un viol în grup) care a trădat dragostea. Eroina („retroproiecția adolescentelor“) este pusă într-o situație deznădăjduită, tristă, nefericită, decepționată. Rezolvarea acestei „situații critice“ de *conflict moral situațional* este întrevăzută prin accep-

tare, izolare, purificare, dar şi prin *conflictul proiectat* faţă de viitorul soţ, care va înţelege sau nu ceea ce i s-a întîmplat.

2. *Planşa 5 ;* considerată a fi „planşa anxietăţii", exprimă o situaţie de aşteptare, încordare şi nelinişte. Îngrijorarea „mamei" este determinată de faptul că fiica sau fiul nu au venit acasă toată noaptea şi ea se gîndeşte la o nenorocire tragică şi „se îmbolnăveşte de nevroză".

3. *Planşa 6 B.M. ;* exprimă o „ceartă", o neînţelegere între mamă şi fiu, care „pocăit" şi bănuitor în urma greşelii comise (părăsirea serviciului, abandonarea familiei, trădarea iubitei, infracţiune penală) va asculta de sfaturile „înţelepte" ale mamei şi se va îndrepta. Unii subiecţi mai menţionează că fiul a fost crescut de mamă în absenţa tatălui (deces, divorţ, părăsire).

4. *Planşa 7 G.F.;* exprimă continuitatea maternităţii şi dependenţa afectivă faţă de mamă, în acelaşi timp se consemnează şi o stare de nelinişte cu privire la absenţa tatălui, lăsînd o situaţie de *conflict intern afectiv* nerezolvată.

5. *Planşa 7 B.M. ;* se consemnează o discuţie între tată şi fiu cu privire la un eşec şcolar (neadmitere la facultate, exmatriculare, repetenţie), fiul este blazat, trist, descurajat, fără poftă de a mai trăi şi continua studiile, indiferent, izolat, „extras" din societate, pe cînd tatăl se dovedeşte înţelegător manifestîndu-şi „durerea morală", acceptînd situaţia fiului şi oferindu-se, oarecum, să-l întreţină pînă cînd se va „însănătoşi" (planşă semnificativă pentru băieţi).

6. *Planşa 8 B.M. ;* în plină ascensiune de realizare profesională, fiul, care vrea să devină medic asistă la o intervenţie chirurgicală asupra propriului tată (cancer, ulcer, prostată), în urma căreia, moare, zdruncinînd încrederea fiului ; acesta se va „rătăci" şi îşi va reveni cu greu (semnificativ pentru băieţi).

7. *Planşa 9 G.F.* ; exprimă un *conflict ambigen,* prin dublarea personalităţii, prin stări de pesimism — optimism, nehotărîre-hotărîre, nerealizare-realizare, fiica „ca într-o oglindă care spune adevărul" îşi întrezăreşte viitorul, dar în prezent este „legată, înlănţuită" de familie, trebuie să fugă, să evadeze.

8. *Planşa 12 M ;* sînt două teme relatate de subiecţi : hipnoza, vindecarea nevrozei şi a „bolii personalităţii" şi agresiunea prin violenţă fizică în timpul somnului, deci o luptă între *supunere* (sugestibilitate şi constrîngere, acceptare şi dorinţa de vindecare) şi *dominare* (prin constrîngere fizică, violenţă) ; în ambele teme se constată intervenţia forţelor externe asupra subiectului.

9. *Planşa 13 M.B.* ; se reia tema sexualităţii din prima planşă prezentată (3 G.F.), nerezolvîndu-se conflictul moral-sexual.

10. *Planşa 18 G.F. ;* exprimă o „nevroză depresivă, melancolică" în care mama caută să-şi mîngîie fiica, negăsindu-se o ieşire din boală (fiica s-a întors de la spital).

T.A.T-ul, după cum se constată, în maniera utilizată de noi, poate descoperi anumite tendinţe şi factori ai personalităţii adolescentelor, manifeşti sau ascunşi, după structura personalităţii subiecţilor şi ai experienţei lor personale, în condiţii de risc adaptativ şi integrativ psihosocial. Frustrările subiective, anxietăţile şi reacţiile conflictuale, prin T.A.T., sondează mai adînc preocupările intime şi secrete ale subiecţilor, care, în investigaţia noastră s-au centrat asupra următoarelor teme subdominante : sexualitate, dependenţă afectivă maternă, anxietate de aşteptare, frustrare familială, conflict moral, eşec şcolar şi profesional, traumatism afectiv de durată, boală, agresiune şi nevroză. Rezolvările acestor „situaţii-limită" ale subiecţilor sînt eficace prin modalităţile specifice de intervenţie : spitalizare, tratament psiho-medical ambulator, măsuri de protecţie preventivă temporară în activitatea dominantă (familie, şcoală, întreprindere, instituţie, etc), unde psihologul, în echipă interdisciplinară are un rol ameliorator, de echilibru şi mediator pentru adaptare şi integrare în activitatea psiho-socială.

REACŢII EMOTIVE ACUTE PSIHO-SOMATICE ÎN ADOLESCENŢĂ EVIDENŢIATE PRIN TESTUL „AFECTIVO-DIAGNOSTIC"

N. Cosmovici, Maria Cosmovici
— *Iaşi*

Este un test complet, care se aplică numai individual. După autorul lui, Pierre-Gilles Weil (1953), este destinat pentru a surprinde psihodiagnosticul reacţiilor emotive. Noi îi acordăm încrederea în examinarea individuală deoarece cuprinde un indice de obiectivare a reacţiilor psiho-fiziologice evident şi înregistrabil ; aceasta datorită faptului că este format din : aparat electrodermal (tip reflex psihogalvanic) ; taste proiective (13 planşe + 6 nestructurate) ; asociaţii de noţiuni (20 cuvinte).

Testul se foloseşte atît pentru adolescenţi, cît şi pentru adulţi. În tot timpul examinării subiectul ţine degetele de la ambele mîini pe cei doi electrozi, înregistrîndu-se devierile (+ sau — de la constanta personală) acului ampermetrului, precum şi reacţia verbală de răspuns contra cronometru. De asemenea, se notează comportamentul subiectului şi reacţiile verbale spontane în timpul examinării.

In psihologia experimentală română, asociaţia de cuvinte este folosită şi de către V. Pavelcu, care subliniază că „această metodă este foarte diagnostică în descoperirea centrilor de tensiune emotivă", accentuînd în acelaşi timp că, însoţită de reacţii fiziologice „singurele care nu mint" (adică reflexul psihogalvanic, răspunsul electrodermal sau alte înregistrări), ne impune să facem aprecieri, după fiecare caz, deoarece „în anumite împrejurări se impune o dominantă, în altele alta".

După validarea satisfăcătoare a testului „Afectivo-Diagnostic", se consideră că psihodiagnosticul poate estima : emotivitatea interioară ; tendința de inhibiție ; facilitatea exteriorizării afective ; expansivitatea ; punctele sau reperele de unde pornesc conflictele subiecților.

Acest test (împreună cu altele) a fost utilizat pentru examinarea a 100 de subiecți adolescenți, 16—20 ani, dintre care 75 fete și 25 băieți ; subiecții, ca dominantă de proveniență socială și de activitate se pot delimita în două grupe : o grupă spitalizată (50 fete) în serviciile de nevroză și psihosomatică din spitalul „Socola", a doua grupă (25 fete și 25 băieți) este polimorfă, care a solicitat examinări în cadrul Laboratorului de sănătate mintală, atît oficial, cît și neoficial.

Reacțiile și stările de participare la test ale subiecților sînt diverse, dar ele se pot grupa în două categorii : reacții și stări psiho-fiziologice sub formă de angoasă ; reacții și stări psihice sub formă de anxietate.

Aceste reacții și stări sînt determinate atît de structura personalității modificată (nevrotiformă) a subiecților, cit și de ineditul testului (aparatul, contactul cu electrozii și activitatea verbală asociată creau o stare de tensiune).

Reacțiile sub formă de angoasă se prezentau sub următoarele manifestări : dezechilibru de reacții vasomotor și secretor (alternanța roșeții și palorii, a senzațiilor de frig și cald) ; transpirații abundente (reci și calde) ; palpitații ; frisoane ; contracții musculare ; inhibiție funcțională provizorie (mutism) ; modificări digestive ; tulburări respiratorii.

Reacțiile sub formă de anxietate se manifestau în două variante (însoțite de angoasă) : comportament verbal plin de curiozitate, teamă, inhibiție, cu întrebări insistente la ce folosește aparatul, ce se urmărește sau cu intervenții de tipul : „nu pot face legătura", „am momente cînd nu-mi vine nimic în cap" etc. ; comportament de atitudine afectivă, manifestat prin mimică tristă, lentoare, neliniște, îngrijorare, timiditate, crispare, oftaturi prelungite, suspiciuni, ezitare, uneori opoziție de răspuns la unele taste sau cuvinte, umezeala ochilor sau chiar plîns nestăpînit la anumiți stimuli vizuali sau verbali depresivi.

Devierile acului ampermetrului, în timpul contactului digital cu cei doi electrozi, atît pentru stimuli vizuali, cît și pentru stimuli auditivi, ne-a oferit posibilitatea de a surprinde punctele sensibile ale „localizării" individuale și a suferinței afective, precum și a zonelor de declanșare a reacțiilor și stărilor de conflict.

Pentru cele 13 taste (imagini de proiecție : 1. șarpe ; 2. cuvîntul „papa" scris pe fond negru ; 3. Adam și Eva în paradis cu șarpele ; 4. cap de mort pe fond negru ; 5. baia lui Venus ; 6. cuvîntul „mama" scris pe fond negru ; 7. femeie musulmană, cu torsul descoperit, scoțînd apă din fîntînă ; 8. statuie cu 3 oameni ; 9. doi ochi și o cruce albă pe fond negru ; 10. mască cu grimasă ; 11. cuvîntul „Dieu" scris pe fond negru ; 12. mască stacojie cu grimasă ; 13. ochi pe fond negru), devierile acului ampermetrului variază în jurul mediei de 7.

Frecvența devierilor o au tastele : 3, 5, 7, și 8 care sugerează probleme de sexualitate ; 2 și 6 care exprimă probleme de familie și 4, 9, 11 și 13 care sugerează stări depresive, de dispariție și religioase. Dacă media constantă electrodermală este de 75 miliamperi, sesizăm la tastele : 3, 5, 7 și 8 o deviere crescută brusc între 90 și 100 miliamperi, la gradația de 0 și 1, ceea ce ne determină să interpretăm aceste modificări, împreună cu conținutul asociativ al tastelor, drept urmare a unor reacții și stări conflictuale de natură sexuală. Discuțiile individuale la majoritatea subiecților investigați confirmă reacțiile conflictuale de natură sexuală, ascunse, care se traduc prin : corespondență, căutarea informării sexuale, încercări de masturbare, îngrijorare cu privire la propria evoluție sexuală, emoții și tensiuni sexuale cu caracter plăcut și neplăcut, fantezie și imaginație bogată cu conținut sexual (masturbare psihică), abstinență sexuală „exagerată", cu predispoziții la modificări psiho-somatice funcționale cu hiperestezie bolnăvicioasă, transformarea energiei sexuale prin sublimare, fără constrîngere, traumatizare psihică prin sentiment de vinovăție, neliniște, jenă, complexe de inferioritate față de sexul opus, inițiere în activitatea sexuală, eșecuri cu diferite manifestări, căutarea actului sexual, pocăință, însingurare psihică, dorința de răzbunare, precocitate și întîrziere sexuală care, în ultimă instanță, duc la „nevroze conflictuale", cu modificări psihosomatice ale personalității.

Celelalte 6 taste (4 cercuri negre pe fond alb și două scheme de figuri umane), la care subiectul nu trebuie să răspundă verbal, ci doar să se noteze reacțiile electro-cutanate la fiecare test, nu pun în evidență modificări senzoriale : media de deviere, nesemnificativă în miliamperi este de 2,1, înregistrîndu-se devierile mai mult la schema din cerc cu masca tristă.

Atît cele 19 taste, cît și cele 20 de cuvinte asociative, fiecare are un timp maxim pentru înregistrarea răspunsului de 20 secunde. Depășind acest timp, se trece la următorul tast sau cuvînt.

Conținutul asocierii verbale la cele 13 taste este următorul : descriptiv și estetic (atitudine obiectivă) ; simbolic asociativ și interpretativ (atitudine subiectivă) ; exclamativ și introspectiv (atitudine cu conținut afectiv).

Reacțiile sensibile la cuvintele asociative se grupează în jurul situațiilor emotive și ale sancțiunilor : 5. pedeapsă ; 9. profesor ; 12. secret ; 13. a iubi ; 14. frică ; 17. a pedepsi ; 19. greșeală, unde întîlnim o gamă diversă de răspunsuri, structurate pe experiența individuală și însoțite de devieri progresive ale acului ampermetrului (de la 75 miliamperi la 95 miliamperi). Media de reproducere corectă a cuvintelor asociate este de 12, iar reproducerea asociativă eronată (nestructurată) este de 8.

Acest test, la cele două grupe de subiecți investigați, a surprins reacții și stări conflictuale de natură sexuală, hiperemotivitate și reacția la sancțiuni, confirmate electrodermal, în corelație interpretativă cu rezultatele la alte taste, prin intermediul metodei conversației clinice.

ASPECTE ALE PSIHODIAGNOSTICULUI PROIECTIV LA DEBILUL MINTAL

Lucica Chiriac
— *Bacău*

Lucrarea de față își propune evidențierea unor trăsături de personalitate a elevilor debili mintali dintr-o clasă, elevi care au fost urmăriți, observați în decursul a 5 ani, prin confruntarea rezultatelor obținute la două teste proiective cu cele obținute prin alte mijloace (anamneza, observația, chestionarul, alte probe proiective). Cele două teste sînt T.A.T. și Sp (sociabilitate-prietenie) elaborat de un grup de profesori de la catedra de psihologie din Iași (A. Cosmovici, Șt. Teodorescu și T. Rudica).

Testul Sp a primit această denumire deoarece diagnosticul se referă mai ales la sociabilitate cu prilejul discuțiilor despre prietenie.

O clasă de elevi a fost examinată prin mijloace diferite : observația, anamneza, chestionarul, probe proiective. Din datele obținute s-au dedus unele caracteristici ale personalității acestora, relații de familie, relații cu colegii, relații cu profesorii etc. Toate acestea au fost notate într-un „Caiet de observații“ fiind de un real folos la elaborarea acestei lucrări.

Prin aplicarea testului Sp putem verifica dacă subiectul este sugestibil, dacă s-a încadrat în probă, cît este de sincer, mai ales după ce răspunde la cele 3 întrebări, cînd subiectul e contrazis, fiind nevoit să argumenteze afirmațiile.

În grupa examinată sînt elevi disponibili social și afectivi, cu dorința de comunicare, colaborare, cu bunăvoință față de alții.

De-a lungul celor cinci ani s-a insistat mult pe aceste trăsături. Proba permite depistarea incorectitudinii, relațiile între elev și mamă, modul de a privi prietenia, sensibilitatea la morală, tendința spre împăciuire. Observațiile mele au coincis, în mare măsură cu rezultatele la test. Această probă a permis verificarea unor trăsături și aspecte ale fiecărui elev din această clasă.

Pentru verificarea fidelității răspunsurilor se va aplica testul și-n anul viitor, cînd elevii vor fi în clasa a VIII-a, cînd se va discuta foarte des problema orientării profesionale și alte probleme legate de viitor.

Proba Sp are multiple resurse, permițînd cunoaşterea unor particularități și aspecte ale personalității celor care ne interesează în mod deosebit.

Se cere experiență, prudență, fin spirit de observație pentru descurcarea în sfera trăsăturilor de caracter.

Alături de rezultatele acestui test de proiecție, au mai fost analizate și cele ale testului de apercepție T.A.T. elaborat de H. Murrap și personalul de la Clinica Psihologică Horvard în 1935. Acest test are o largă utilizare clinică și constituie obiectul a numeroase cercetări.

T.A.T.-ul își găsește utilitatea în orice studiu aprofundat al personalității, tulburărilor de comportament, bolilor psihice.

Povestirile subiecților au ca temă : erou cu stări afective negative, erou ce se gîndește la viitor, relații afective pozitive între soți, erou în situații disperate. Deznodămîntul este pozitiv.

Neconcordanța între temele clasice și temele din povestirile subiecților la unele planșe ar putea fi determinată de deosebirile existente între subiecții cercetați și subiecții examinați de cercetătorii care au stabilit temele devenite clasice. S-a luat în considerare conținutul povestirilor, temele, intensitatea și frecvența variabilelor deznodămîntul. Intensitatea, frecvența variabilelor a fost analizată atît orizontal (la fiecare planșă a tuturor subiecților) cît și vertical (toate planșele aceluiași subiect).

Din analiza pe verticală s-a constatat că cele mai multe variabile ale forțelor interne prezintă intensități slabe la cei mai mulți, iar unele variabile ale forțelor externe prezintă intensități și frecvențe mari. Asupra eroului se exercită presiuni externe, și se face simțit și ecoul intern uneori cu o slabă intensitate.

Trebuințele, dorințele, sentimentele, emoțiile eroilor cu care subiecții debili mintal s-au identificat prezintă intensități scăzute. În ceea ce privește complexele și conflictele interne au intensități și mai slabe.

Problema realizării de sine este una din variabilele foarte importante și conștientizarea acesteia și măsurile pentru rezolvarea ei depind atît de nivelul intelectual cît și de vîrstă. Această variabilă prezintă intensități mai sesizabile la 5 elevi care se apropie de elevii normali din punct de vedere intelectual, iar ceilalți au obținut la această variabilă intensități foarte scăzute.

Nevoia de sprijin este o variabilă cu intensități ridicate și-n special la cei 2 elevi care provin de la Casa copilului (M.V., P.C.), la un elev cu deficiențe motorii (O.I.) la alți 2 elevi (P.C., N.I.) care uneori doresc să fie în centrul atenției, precum și la un elev (S.P.) care provine dintr-o familie numeroasă, uneori fiind neglijat.

Solicitudinea ca variabilă internă prezintă intensități mai accentuate la 3 elevi (P.C., N.I., F.G.), capabili să ajute, să protejeze, să încurajeze, să ierte. Eroii cu care s-au identificat sînt capabili să protejeze, să încurajeze, să ajute, să ierte pe alții.

Variabilele forțelor externe prezintă intensități mai accentuate decît ale forțelor interne.

Presiunea externă este simțită de eroi. Subiecții examinați au regim de internat, supravegheați tot timpul. Cu toate acestea variabila dominație prezintă intensități scăzute în comparație cu alte variabile externe. Intensității semnificative au înregistrat : solicitudinea, afiliația prin asociație, afiliația emoțională.

Solicitudinea prezintă intensitatea și frecvența cea mai ridicată. Toți eroi sînt ajutați, încurajați, protejați, iertați. Rezolvarea tuturor problemelor vine din mai ridicată. Toți eroii sînt ajutați, încurajați, proteiecția unei situații trăite, la alții este o dorință accentuată. Eroii nu se pot salva şi ajuta prin ei, ci numai prin alţii. Subiecţii debili mintali îşi găsesc sprijinul numai în cei din jur, în ei mai puţin.

Deznodămîntul este pozitiv în toate povestirile. Atît în situaţiile în care eroul trece prin stări afective negative, stări conflictuale, situaţii critice, cît şi situaţiile cu atmosferă pozitivă. Totul se termină cu bine pentru eroi, de cele mai multe ori datorită factorilor externi. Mediul în care trăiesc subiecţii joacă un rol hotărîtor. Atitudinea faţă de viaţă, trăirile mai mult sau mai puţin conştiente; au imprimat o anume direcţie povestirilor, imprimare ce poate reflecta o situaţie obiectivă existentă în relaţiile şi viaţa subiectului. Motivaţia ce a stat la baza proiectării unor povestiri în care eroul este prezentat de exemplu într-o „stare afectivă negativă“ a fost alta la fiecare subiect în parte.

Nu putem stabili numai prin intermediul datelor oferite de testul TAT natura tuturor situaţiilor, a întregului comportament. Testul TAT ne furnizează nişte „indicii“, ne trimite să căutăm, să depistăm şi alte mijloace, care să lumineze unele căi spre instanţe mai profunde ale personalităţii şi ale unor probleme ale sale.

TAT este un instrument care ne permite, alături de alte teste ,să obţinem informaţii referitoare la tendinţe, dorinţe, sentimente, relaţii sociale şi familiale, experienţa subiectului.

Datele furnizate de test pot îndruma examinatorul spre unele probleme ale subiectului, ajută la găsirea unor soluţii pentru rezolvarea lor. Testul este eficace în înţelegerea şi interpretarea unor tulburări de comportament, promite sesizarea cauzelor profunde, a măsurilor educative concludente.

The projection tests TAT and Sp (sociability-friendship) pointed out features specific to the personality of each examined subject, and namely: sincerity, sociability, tendency to reconciliation, family, relationschip, friendship, relations, desiers, feelings, conflicts. The acquaintance with these features of personality is of great use for the intervention in certain difficult cases in order to find good solution in the education and the recovery of the subjects. The problem of the recovery of a mentally defective person in an important problem wich supposes great efforts for those who are to educate these persons. It is utterly important an early intervention with the proper means.

For this a good acquaintance is necesarry with each subject and a good care is to be taken in its orientation of its profession.

It is necessary to use different means to know them better, the observation questionary, the projection tests etc.

REACŢII ŞI STĂRI COMPORTAMENTALE CONFLICTOGENE ÎN ADOLESCENŢA EVIDENŢIATE PRIN TESTUL „ASOCIATIV-VERBAL FORMA DEZVOLTATĂ“

N. Cosmovici, Maria Cosmovici
— Iaşi

Acest test poate fi considerat (chiar şi de către H. J. Eysenck) ca făcînd parte din categoria testelor proiective; el este frecvent cunoscut ca făcînd parte din grupul „probelor de completare a unor fraze“, avînd destinaţii multiple, dar în primul rînd, de a detecta tulburările afective şi diferite forme particulare ale dezadaptării şi neintegrării.

În genere, numărul de începuturi de fraze pentru a fi completate de către subiecţi variază între 20 şi 100. Aceasta depinde de aspectele care sînt propuse pentru a fi urmărite şi depistate. Forma scrisă a completării începuturilor de fraze, mai ales pentru adolescenţi, este de preferat deoarece se poate aplica şi în grup restrîns şi larg (5—25 subiecţi), stabilindu-se ulterior — unde este cazul — un contact afectivo-mintal mai eficace.

Se cunosc mai multe „variante“ ale acestui gen de probe. Astfel, testul Michigan (MSCT — Michigan Sentence Completion Test), cuprinde 100 de începuturi de fraze, grupate în 5 categorii:

— familia, copilăria, sexul opus; — tensiunea, autoevaluarea şi sentimentul de vinovăţie; — agresiunea; — relaţii interpersonale; — nestructurarea tendinţelor.

In general, în funcţie de scopul şi ipotezele propuse, testul frazelor de completat este bine să aibă 50 începuturi de fraze. Noi l-am aplicat după un model francez (al lui Bonnet), cu 50 de inceputuri de fraze, modificat şi adăugit la 80 de începuturi de fraze după Sen Alexandru, avînd 5 categorii interpretative, după noi:

1 — familie, copilărie, şcolaritate; 3 — profesie, şi raportare la eu; 3 — starea de sănătate; 4 — relaţii intra- şi interpersonale; 5 — nestructurarea tendinţelor.

Aceste 5 categorii le-am extins la 10 tendinţe şi factori ai personalităţii, împreună cu elementele constitutive aparţinînd fiecăreia, aşa cum reies din relatările scrise ale subiecţilor investigaţi. De fapt, se poate observa că urmărim în stadialităţile adolescenţei interpretarea pe dominante, subdominante şi elemente constitutive, în funcţie de modalitatea de investigaţie, compoziţia eşantionului, structura testelor, raportate la ipotezele supuse verificării. Dificultatea noastră, deocamdată, constă în a prezenta „relatările vii“ ale subiecţilor investigaţi; dar aceasta nu înseamnă că nu găsim modalităţi interpretative, cu rezerva insuficientei evaluări şi validări statistice.

Dacă recunoaştem „dificultatea" o şi putem motiva prin faptul că pentru fiecare subiect (adolescent sau adolescentă) trebuie să ţinem seama de aproximativ 400 de cuvinte (80 începuturi de fraze în medie cu 5 „unităţi semantice simptome" semnificative, care reprezintă pentru noi elemente constitutive); cele 10 tendinţe şi factori reprezintă subdominante, din care, prin relevare retroproiectivă prezentă şi proiectivă „extragem" una sau mai multe dominante. Avînd în vedere că eşantionul nostru cuprinde 350 subiecţi, înseamnă că „unităţile semantice" sau elementele constitutive se diverg la 40 000 simptome de dispoziţie sau indispoziţie. Ţinînd seama de repetabilitatea şi frecvenţa elementelor constitutive pe întregul eşantion, le vom prezenta prin semnificaţia pe care o conţin în cadrul reacţiilor conflictuale, insistînd mai mult asupra subdominantelor nefavorabile sau care fac dificilă adaptarea şi integrarea şi pe cît posibil să surprindem şi particularităţile ce caracterizează grupările relaţionale din compoziţia eşantionului nostru, care are următoarea configuraţie:

— grupa I = 100 băieţi şi 100 fete (grupă normală);
— grupa II = 50 fete (grupă de deficienţi neuromotori);
— grupa III = 50 fete (grupa spitalizată);
— grupa IV = 25 fete şi 25 băieţi (grupă polimorfă).

Tendinţa de plăcere, mulţumire, satisfacţie, dispoziţie (1, 2, 8, 25, 28, 34, 41, 64) *. Majoritatea subiecţilor investigaţi îşi exprimă şi îşi procură stări de plăcere printr-o *relaxare activă* de multe ori, în prelungirea şi supliminetarea activităţii dominante sau, uneori, după firea şi preocupările veleitare, avînd adeseori particularităţi „refulate" şi exprimînd în acelaşi timp un consum al existenţei interioare. *Plăcerile* semnificative adolescenţei integrative (17—20 ani), printre altele, constau în: învăţătură, citit, muzică, dans, informare, documentare, singurătate, linişte, descoperiri, prietenie, admiraţia naturii, sănătate, discuţii, visare, vizionare de spectacole, dragoste, muncă, modestie, călătorii, flori, trăire intensă, poezie etc.

Momentele de fericire gravitează în jurul succesului, al trecerii bacalaureatului şi admiterea la facultate, al dezlegării unor probleme şi enigme, al realizării dorinţelor, al muncii cinstite; pentru unii adolescenţi clipele de fericire nici nu există, „nu vor exista niciodată", „n-am fost niciodată fericită", „nu sînt clipe fericite, fericirea e doar iluzorie, care îţi lasă un gust amar", ceea ce exprimă la aceşti subiecţi o stare de incertitudine, nemulţumire, o luptă permanentă cu ei înşişi, determinînd reacţii conflictuale intermediare, într-o simptomatologie nevrotiformă şi anxiogenă.

Aprecierea asupra *binelui, reuşitei, respectului* ca valori morale şi critice, dar trăite liric, se referă la armonia familiei, la sfaturile şi discuţiile cu părinţii, meditaţii asupra morţii şi dragostei („voi muri tînără"), la echilibrul dintre muncă şi distracţie, la posibilitatea de a visa şi gîndi liber, neconstrîns; respectul se referă la vîrstă, inteligenţă, înţelepciune, caracter, părinţi, profesori, adevăr, sinceritate, demnitate, înţelegere, omenie, ajutor; reuşita are în centrul aprecierilor „Eul" subiecţilor, cînd se regăsesc („am reuşit să mă regăsesc pe mine însumi"), cînd se descoperă pe sine şi pe alţii, cînd se realizează o prietenie de sex opus, cînd apar procese de conştiinţă („am reuşit să-mi fac proces de conştiinţă şi asta nu mă dezavantajează, ci dimpotrivă, îmi dă speranţa că am să mă echilibrez din punct de vedere psihic").

Increderea adolescenţilor se bazează în primul rînd pe forţele, capacităţile şi posibilităţile proprii, pe fapte şi muncă, pe oamenii din jur. *Bucuriile* sînt interiorizate, cel mai adesea de scurtă durată şi limitate, exprimînd speranţa de „însănătoşire"; pentru unii subiecţi ele nu au fost niciodată, deoarece sînt inexistente, fiind copleşiţi numai de necazuri, care provoacă stări de indispoziţii şi conflicte interioare.

Tendinţa către neplăcere, regrete, insatisfacţie, frustrări (5, 9, 13, 15, 21, 30, 48, 59, 75, 77). *Părerile de rău, regretele* cîteodată „nostalgia dureroasă şi dulce" sau nemulţumirea prezentă au în centrul preocupărilor „Eul" subiecţilor, propriile reacţii de inconfort, care se traduc atît prin conflicte normale, tonice (grupa I), conflicte intermediare (grupa II şi IV), cît şi prin conflicte patologice (grupa III). Subiecţii regretă trecerea rapidă a timpului („nici nu-mi dau seama cînd m-am trezit mare"), invocă cu nostalgie copilăria („aş fi vrut să mai rămîn copil"), se autoapreciază ca fiind nehotărîţi, neînţeleşi în gînduri, au sentimentul de vinovăţie pentru „neîmplinirea planurilor" şi a „suferinţei erotice" („am făcut pe un om să sufere, să sufere enorm"; „ne-am certat din cauza unor nimicuri şi acuma sufăr").

La grupele II, III şi IV ca subdominante apar starea de sănătate, depărtarea de casă şi nepregătirea la lecţii, frustrări de realizarea profesională, cu determinări de simptomatologie nevrotiformă acută, caracteristice grupei III („sînt bolnavă, viaţa este un teatru, m-am îmbolnăvit la anii cei mai frumoşi, nu sînt rezistentă, nu am energie, nu pot avea voinţă, sînt lipsită de personalitate, nu pot învinge greutăţile şi agresivităţile vieţii, nu mă pot concentra, am insomnii, sînt nervoasă, sînt singură şi voi rămîne, sufăr de un complex de inferioritate etc.").

Frămîntările şi preocupările acute ale subiecţilor sînt dominate de ce se va întîmpla în viitor în legătură cu profesiunea şi starea de sănătate, dar în acelaşi timp și cu impregnarea stărilor meditative, pentru înțelegerea și dezlegarea unor „tematici etern indecise“. Majoritatea răspunsurilor din grupa I sînt sub formă interogativă: ce voi face în viitor? voi termina liceul? voi intra la facultate? voi fi ceva folositor? Ce se întîmplă dacă nu reușesc la facultate? Voi îndeplini idealul propus? La grupa II domină „dorul de casă“, infirmitatea și anumite situații reactive cu privire la meserie; la grupele III și IV nemulțumirile și frămîntările vizează starea de sănătate, viitorul, probleme de familie, necontinuarea studiilor, cu meditații asupra morții și dragostei („Voi muri tînără, nu pot iubi pe nimeni“); teama și anxietatea acută față de necunoscut sînt trăite ca un „calvar“ cu disperare și decepții, cu frică și groază de eventualele nenorociri, cu obsesii fixate, cu pierderi imaginare. Oboseala, moleșeala, senzația de angoasă „sleită“ este provocată de eforturi intelectuale și de factori stresanți exteriori, ceea ce determină surmenaj, insomnii, „nopți albe“, dureri de cap, amețeli, lipsa poftei de mîncare, apatie, indiferență, dezechilibru, extenuare, „zbucium sufletesc“ și „mintal“, senzații dureroase („simt că-mi ard creierii“).

---

* În paranteză am notat numărul corespunzător începuturilor de fraze, caracteristice fiecărei tendinţe, pentru a marca atît probitatea interpretării noastre, cît şi oferirea posibilităţii aplicării testului de către alţi psihologi.

Tendința către prietenie și altruitate (3, 10, 19, 20, 26, 33, 49, 56, 62, 76). Sentimentul de prietenie, colegialitate, de a învăța în comun este caracteristic grupei I. Informațiile prin mass-media, spectacolele plimbările, emoțiile prieteniei erotice („am stat cu ea de vorbă. emoția mă gîtuia și cuvintele ieșeau trunchiate, dar destul de clare pentru a înțelege ceea ce-i comunicam“ sau „cu el aș sta ore la rînd să ascult muzică, poezii sau să dansez“), disciplinarea comportamentală, încrederea în ceilalți oameni, afecțiune și simpatie față de copiii mici, spiritul de sacrificiu, luarea de atitudine împotriva celor care încalcă normele de conviețuire socială, condamnarea conduitelor antisociale, consultarea cu părinții, discuțiile pline de animozitate și curiozitate științifică, sînt note caracteristice ale sentimentului de prietenie și altruitate. În același timp, apar și solicitările de ajutor, sprijin, „devotament sufletesc“, de confidențe, de înțelegere și îndrumare, de curaj și îndrăzneală, de relaxare și reculegere.

Tendința către singurătate și izolare (35, 38, 42, 43). Această tendință prilejuiește o interpretare diferențiată. Retragerea în sine, singurătatea, izolarea temporară pentru „recugetarea de sine“, atunci cînd „mă descopăr pe mine însumi“, trecînd prin „crize de conștiință“, cînd se pun și se rezolvă probleme, cînd gîndurile se înaripează pentru meditații asupra infinității, a scopului de a trăi, cînd se recunosc defectele, cînd se dă o „luptă cu mine însumi“ pentru a împlini un ideal“, reprezintă forme de manifestare a conflictului normal, constructiv, tonifiant și creator care facilitează adaptarea și integrarea și de cele mai multe ori latent și nemanifest exterior prin actul comunicativ verbal sau comportamental.

O a doua diferențiere de interpretare a acestei tendințe se referă la categoria de subiecți care printr-o anumită evoluție existențială, întîmplătoare și accidentală (grupa II mai ales) au suferit modificări ale schemei corporale și care sînt permanentizate, precum și îmbolnăvirile psihosomatice. Tendința către singurătate poate fi impusă prin act terapeutic, dar în același timp se poate dezvolta prin însăși situația subiecților, a conflictului intermediar, avîndu-se în vedere opoziția între „EU“ în situații precare și „CEILALȚI“ în situații normale; de aici rezultă posibilitatea autodirijării și compensării pentru a se ajunge la un echilibru al personalității, cu toate frustrările implicate, armonizîndu-se capacitatea activității sociale utile.

A treia diferențiere de interpretare a tendinței către singurătate și izolare vizează conflictul intermediar și conflictul patologic întîlnit în simptomatica nevrotiformă și în sindroamele psihopatologice, la intersecția factorilor de predominență endo-exogenă. Subiecții relatează acuzații și autoacuzații, regretînd cu disperare starea de îmbolnăvire și neînțelegerea suficientă cu ceilalți oameni, evitînd agitația, zgomotul, mulțimea, unii considerîndu-se incurabili, nehotărîți, fără voință, plini de gînduri negre, dezorientați, nu știu ce vor, dezamăgiți, se desconsideră („nu sînt nimic“), sau, uneori, în situații tragice, căutînd dispariția („caut sinuciderea, motivul fiind veșnica nefericire“).

Retroproiecție (12, 14, 17, 55, 70, 78). Retroproiecția ne dezvăluie evenimente și situații din trecutul personal al subiecților, suplinind relativ datele psihoanamnestice. Subiecții în situații de conflict intermediar și patologic consemnează tristețea copilăriei, întîmplările defavorabile de care au avut parte (bătăi, părinți vitregi, stări bolnăvicioase, evenimente haotice regretabile etc.), care au avut o influență dăunătoare asupra dezvoltării ulterioare.

Proiecție (24, 36). Subiecții adolescenți doresc să se realizeze profesional, să-și îmbogățească informațiile și cunoștințele, să obțină prietenii durabile, să aducă bucurii părinților, să atingă țelul dorit („viitorul îl văd ca prin vis, mă trezesc într-o farmacie, totul în alb, ca și sufletul meu“). În același timp, la unii subiecți, viitorul provoacă indiferență, incertitudine, teamă. La grupele III și IV dorințele și viitorul sînt direcționate către însănătoșire, iar în cazuri mai grave (conflict patologic) viitorul și dorințele sînt spulberate, preferîndu-se singurătatea („mă simt singură, deși nu sînt; mă înspăimîntă gîndul că voi rămîne singură“) și, în cazuri extreme, dorința de a muri („eu nu mai sînt bună de nimic, aș dori să mor, isprăvind cu toate suferințele mele“).

Informații și aprecieri despre familie (4, 7, 11, 37). Informațiile despre familie ne oferă posibilitatea să descoperim sursa conflictelor familiale. *Mama* este apreciată în termeni superlativi, ca o ființă foarte bună, minunată, cea mai bună din lume și de pe pămînt, este divinizată ca aducătoare de viață ; pentru unii subiecți *mama* este suferindă, bolnavă și nervoasă, severă și dură ; unii n-au cunoscut dragostea de mamă, iar alții îndură despărțirea.

Tatăl, pe lîngă aprecieri favorabile și dat ca exemplu, este autoritar și dur, vrea să-și impună punctul de vedere („mai tot timpul este împotriva părerilor mele“), este prea ursuz și curios ; unii subiecți nici nu l-au cunoscut. Raportat la aprecierea mamei și a tatălui, apar tipurile de familie : unitară, armonioasă, normală, dar și dezorganizată prin : accidente, decese, îmbolnăviri, despărțiri, divorț, care reprezintă surse de conflict intermediare și uneori patologice.

Starea de sănătate (6, 16, 18, 45, 60, 63, 68). Starea de sănătate a subiecților investigați, mai ales a celor din grupele III și IV, prin autoaprecierile lor, dar raportate la consultații medicale de specialitate anterioare, exprimă o varietate de psihodiagnostice, cunoscute sub termenul de psihosomatoze, care la vîrsta adolescenței au o mare răspîndire. Trebuie să facem o delimitare între factorul organic obiectivizat și factorul psiho-sociogenetic, în funcție de cauzele relatate de subiecți privind primordialitatea simptomaticii. Constatările noastre justifică criteriul somato-genetic din configurația tipologică a conflictelor.

Frecvențele diagnostice medicale consemnate de subiecții investigați sînt : nefrită, miopatie, cifoscolioză, gastrită, reumatism, carii dentare, hipertiroidie etc. ; cele psihiatrice se reduc la simptomatologie nevrotiformă : sindrom astenic rezidual, astenie nervoasă cu stări depresive, astenie nervoasă, stări de migrenă, sindrom nevrotic pe fond discrinic, tulburări neurovegetative etc.

Dacă aceste diagnostice au o evidențiere clinică de specialitate în care factorul organic are primordialitate, însoțit de „suferința psihică“, se întîlnesc la unii subiecți autoaprecieri de psihodiagnostic prin „cunoașterea de sine“, în care factorul psihic, dezechilibrul afectiv, tendințele personalității modificate, au un rol precumpănitor. Astfel de autoaprecieri sînt : complexe din cauza fizicului, complexe de inferioritate, complexe de sex, decepții, subestimare, hiperemotivitate, lipsă de voință, lipsă de încredere în sine, melancolie și egoism, pesimism, nervozitate, instabilitate, timiditate, neliniște, anxietate, vinovăție, scepticism, deznădejde, tulburări de somn, vise-coșmar, insomnii, oboseală psihică, plîns nemotivat suficient, tristețe, închiderea în sine, frică, încordare, tensiune, insuficient control, agresivitate.

Criteriul somatogenetic al tipologiei conflictuale își găsește o justificare reală ținînd seama și de orientarea școlară și profesională în cadrul eșecului adaptativ.

În cadrul stării de sănătate, o particularitate a eșantionului investigat o reprezintă grupa II, adolescente-fete, cu afecțiuni neuro-motorii. Frecventul psihodiagnostic prezintă un „deficit marginal“ de natură organică, cu modificări ale funcțiilor de cunoaștere și comportamental afective, care în cadrul simptomatologiei psihosomatice noi le-am diferențiat sub denumirea de hipofrenie funcțională cu cauze secundare, care implică perturbări ale procesului de adaptare și integrare, prilejuind astfel reacții și stări conflictuale intermediare.

Raportarea la „Eu“ cu direcționare stimulativă (23, 31, 32, 39, 50, 44, 50, 51, 53, 57, 58, 79, 73, 72) Raportarea la „eu“ a adolescenților este direcționată spre împlinirea idealului, a realizării profesionale, cu luări de atitudini critice împotriva celor care încalcă normele sociale. În același timp, se reiau anumite tendințe ale eului, defavorabile, care obstrucționează adaptarea și integrarea, prilejuind un lanț de reacții conflictuale.

Stimuli verbali de apreciere fără direcționare finală imediată (22, 27, 29, 46, 52, 54, 61, 65, 66, 67, 69, 71, 74, 80). Întîlnim aceeași situație ca la tendința IX, numai că aprecierile cu privire la propria persoană, favorabile și defavorabile, sînt determinate de curiozitatea de a se afla și de a se ști ce se va întîmpla... cu starea de sănătate, cu examenele, cu viața personală, insistîndu-se asupra explorării propriei persoane, raportată la ceilalți oameni și la univers.

MEDICAMENTUL ȘI ODISEIA LUI ÎN PSIHIATRIA INFANTILA

S. Blumenfeld
— *Iași*

Nu ne despart decît puține decenii de cînd resursele terapeutice în psihiatrie se aflau limitate la un evantai extrem de îngust, pentru ca astăzi, revărsarea aproape torențială a psihotropelor să ne ofere paradoxal un alt moment critic, acela al dificultăților în a selecta din valul de produse pe cel mai apt, mai diferențiat a fi angajat în disputa cu aspectele polimorfe ale suferinței psihice. Totuși, deși majoritatea cercetătorilor acordă și ei primatul medicamentului, există și unii care în clasificarea terapiilor în specialitatea noastră, îndráznesc a vorbi de *tratamente psihologice* şi de *nonpsihologice*, inserînd în primele psihoterapiile, pentru ca în cele secunde să înscrie toate produsele chimice, alături de alte intervenţii ca seismoterapia, metodă hipoglicemiantă etc. În terapia medicamentoasă, cu răsunetul ei benefic de necontestat şi cea psihoterapică, există legături granitice care se vor exprima elocvent mai ales în pedopsihiatrie, unde determinantele psihosociale ca izvor al suferinţei psihice ocupă un loc de prim plan. O ierarhizare însă a acestor două metode privind utilizarea, va fi dictată de caracterul bolii copilului şi de condiţia multivalentă a familiei în a înţelege şi urma corect un plan poliedric de tratament. Afecţiuni ca epilepsia, psihozele majore, vor acorda produsului chimic un rol de prim ordin, dincolo de care oricît de fastă ar deveni psihoterapia, organizarea mediului, acţiunea va răsuna în gol. În schimb în afecţiunile nevrotice, un conflict bine aşezat în lumină şi „pansat" cu competenţă, va oferi aproape întregul miez al tratamentului. Aici, medicamentul, în neputinţa sa de a acţiona la izvoare va rămîne izolat cu ecou doar în procesul de revigorare a unui sistem nervos fragilizat. În psihiatria infantilă, cu statutul ei social şi rol sui generis, intervenţia medicamentoasă oferă semnificaţii interesante, aproape definitorii. Pornind de la o primă realitate convingătoare, aceea că *copilul nu se autotratează*, acest aspect singular, va implica întotdeauna eforturi suplimentare din partea medicului, diferenţiate de la caz la caz, privind securizarea respectării planului terapeutic, predat în majoritate în grija familiei. Se va alătura apoi avalanşa de probleme legate de selecţia produsului chimic, a reacţiilor adverse posibile şi mai ales a existenţei foarte frecvente aici, a unor surse psihopatogene de natură psihosocială care vor distribui în aceste condiţii medicamentului roluri cu finalităţi diferite. Nu e de omis nici faptul că acţiunea farmacoterapică se exercită acum pe un fundal extrem de exigent, al unei fiinţe în plin proces de construcţie şi unde o substanţă lansată în acest univers biologic, devine evident un corp străin, cu reacţii greu de anticipat. În afara acţiunii terapeutice aşteptate, medicamentul, arată Iuliana Tirlea, poate influenţa în sens defavorabil şi funcţiile altor organe sau aparate. Efectele secundare sînt foarte variate nu numai în funcţie de produs chimic, de sensibilitate individuală, de asocieri medicamentoase, la copil poate fi hotărîtor şi gradul său de maturare morfofuncţională, aceasta mai ales că urmează a se acţiona prioritar pe sistem nervos. Este drept, se afirmă mereu, că organismul copilului oferă o toleranţă superioară în faţa medicamentului. E o afirmaţie căreia mai ales în lumina ultimelor cercetări nu i se mai poate asigura generalizarea, problema înscriindu-se în prezent într-o ecuaţie cu necunoscute greu previzibile. Studiile lui Siegel, Parker, Popescu şi colaboratorii reliefează faptul că pe măsura folosirii unor agenţi terapeutici azi tot mai puternici, proporţional asistăm la o creştere a diferitelor accidente cu urmări destul de grave. Reamintim, Ajuriaguerra vorbind despre medicament în psihiatria infantilă îi va solicita cîteva virtuţi: să fie perfect elaborat, bine experimentat şi fără pericole, adecvat în mod diferenţiat situaţiilor, valabil — sub unghi social, să fie economicos şi să nu influenţeze mult ritmul de viaţă al copilului. Noi credem, în ceea ce priveşte cantităţile de substanţă administrată, în valoarea dozelor medii, cele de atac, obişnuit practicate la adult în cadrul unor suferinţe psihice acute, ne-au demonstrat în practica pedopsihiatrică de-a lungul anilor, apariţia mult mai precoce a recidivelor, o stabilitate redusă a ameliorărilor clinice obţinute sau cel puţin fragilizarea tramei psihoafective, care fără a atinge neapărat frontiera patologiei conduce spre reacţii mai sensibile în faţa agenţilor negativi externi, Sînt acestea influenţe la distanţă ale chimiotraumatismului, ecourile unui seism în biologie, sau greutăţi în metabolizare a unor substanţe în cantităţi insolite? Greu de răspuns. Ni se pare de asemenea, că asistăm în asemenea ipostaze la o exercitare abnormă a sistemului nervos vegetativ, sistem cu influenţe numeroase în diferite direcţii şi care la această vîrstă oferă o fiziologie încă insuficient echilibrată. În continuare, nu sîntem de acord cu caracterul aproape punitiv al administrării unor doze ridicate la copil, pentru a anihila doar o stare de disconfort apărută în staţionar sau familie, gest practicat uneori în specialitatea noastră. Repetăm, la ora actuală, posibilităţile de cunoaştere a reacţiilor organismului copilului faţă de medicament sînt încă mult limitate. Alături de capacităţi naturale de apărare cunoscute în faţa numeroaselor stressuri, este posibil ca organismul să posede şi alte resurse. Noi credem în existenţa, încă nedescoperită, a unor substanţe asemănătoare encefalinelor lui Snyder şi Hughes care să permită reacţii de apărare în contra agresiunilor exogene exercitate asupra sistemului nervos, adevărate bariere organice plasate poate în substanţa reticulată, în hipotalamus şi care dezvăluite vor aduce noi condiţii de blocare a pericolelor de îmbolnăvire psihică din diferite surse şi naturi, securizînd homeostazia psihică. Este posibil ca asemenea substanţe în proporţii diferite după individ să contribuie chiar şi la determinarea variantelor aspecte temperamentale. Incontestabil se crede azi mult în medicamente. Urmărind acest aspect într-un sondaj larg de opinie la 1 600 subiecţi în cadrul unor investigaţii privind tema „Copilul şi oraşul", în 88% din cazuri se afirmă multă speranţă în eficienţa produsului chimic, în 12% se manifestă suspiciune, 8,8% din ei cred mult şi în harul profesional al medicului, în 6% se acordă un oarecare primat însăşi forţelor naturii. T.R., tată, ne afirmă: „Dumneavoastră doar ştiţi. Nu e totul medicamentul. E cum luptă natura copilului cu boala. Leacul, e doar un sprijin". Nu se renunţă şi la apelarea la mijloace nemedicale sau cel puțin empirice în 11% din cazuri, atitudini care rareori se afirmă direct, din condescendență față de medic, dar sînt constatate ulterior cu ocazia unor controale. Soarta rețetei elaborate rămîne greu de anticipat. Prețul ei rămîne în primul rînd acela acordat de familie. Medicamentul cunoaște uneori drumuri foarte întortocheate, o adevărată odisee cu Circe și sirene avînd ca personaj principal produsul chimioterapic în rolul lui Ulysse. Într-o proporție de 18% din cazuri, administrarea medicamentului se oprește după epuizarea primei cure, la terminarea cutiei cu produse chimice, în 43% se urmează corect prescripția, fenomen verificat la control, mama indicînd exact dozele, timpul de administrare etc. Acest aspect însă se pierde și el după 1—3 ani. În 14% din cazuri s-au respectat indicațiile prin repetarea curei dar cu oprirea ei la primul semn de ameliorare sau de suspendare a fenomenelor morbide din inițiativă personală sau la șoapta binevoitoare a unor rude sau vecine, fără apel medical. In 17%, după o îmbunătățire a condiției psihice, dozele au fost reduse la 1/2 și chiar mai puțin sau mărite cantitativ, chiar dublate fără acord autorizat. In sfîrșit, un număr de 8% din subiecți aduc ca motivare, pentru maniera total neglijată de acordare a medicamentului, lipsa produselor necesare în farmacie. Reiese din cele de mai sus că medicamentul cunoaște încă o adevărată aventură privind destinul traseului indicat de medic. Mereu transformări, neglijențe, omisiuni, greșeli cu repercusiunile lor nedorite asupra evoluției suferinței psihice. Rezultă o diminuare a posibilităților de evaluare exactă a eficienței unor scheme de tratament, o sensibilă scădere a cazurilor de ameliorare sau vindecare posibile. Unele tulburări psihice se vor stabiliza în locul ameliorării, crizele de epilepsie își vor găsi nedoriți parteneri de drum în apariția unor tulburări de conduită sau declin al disponibilităților de intelect, cu repercusiuni sensibile în procesul de școlarizare a copilului. Trebuie adăugat aici și un coeficient datorat însăși greșelilor din partea medicilor în a administra nu întotdeauna cele mai indicate produse. Notăm apoi marele pericol prin abandonarea grijei de administrare a tratamentului de către părinți, total lăsată pe mîna copiilor. De aici alte meandre pe drumul îngrijirii bolnavului, se suspendă tratamentul sau se ingeră substanțe în doze greșite, reduse sau umflate, cu nefaste posibilități de intoxicație involuntare și tentative de sinucidere. Iată de ce e necesar a ne convinge mereu, fapt devenit capital, dacă familia va urma sau nu în mod corect și perseverent planul de tratament indicat, dacă rețetei i s-a alăturat și un valabil bilet de călătorie, pentru a preîntîmpina, vorbind metaforic, eventuale ciocniri sau deraieri de-a lungul traseului prescris. Fără a se convinge familia că numai prin respectarea plenară a tuturor indicațiilor se va putea recolta doritele succese, fără această armătură psihoterapică și de educație familială, medicamentul prescris rămîne cu valoare îndoielnică sau chiar nulă. Un sondaj de opinii, fără pretenții de mare fidelitate, ne arată că numai în 70% din cazuri cu toate eforturile noastre de persuasiune, părinții au respectat revenirea la controlul prescris. În 18% familia a revenit la apariția unor noi crize sau accentuări ale bolii sau la alte distanțe mari de timp. În sfîrșit, în 12% din cazuri, părinții nu au mai revenit nici după un interval de trei ani de la externare, sfidînd sau uitînd indicațiile medicale acordate. Se invocă o avalanșă de motivări : lipsa de timp, îmbolnăviri, distanța prea mare de spital, deși în majoritate părinții locuiesc în același județ în care se află și unitatea de control, dar mai ales dorința ca suferința copilului să rămînă cît mai ascunsă, altfel aducînd prejudicii de diferite naturi, mai ales în cazul sexului feminin. Prejudecata persistă încă în parte. Cu cît intrăm mai puțin în spital sau cabinet de psihiatrie, va fi mai bine pentru viitorul copilului, se crede de multe mame încă și astăzi. Se realizează astfel un decalaj, greu de generalizat procentual, între posibilitățile reale de asistență a bolilor psihice și cele recoltate în teren, în majoritate datorat inconsecvenței în respectarea unui indicator medical hotărît. Sondajele noastre au întîlnit, în condițiile unui destin aventuros al tratamentului, părinți flegmatici, inafectivi trazitoriu sau persistent, egoiști sau egocentrici, adesea cu slăbirea instanțelor de control pulsional cu tendințe agresive (certuri, bătăi) infiltrînd întreaga lor personalitate, sau chiar suferinzi psihici cu etilism, nevroze, deficitari intelectual, psihotici sau psihopați în 18% din cazuri. Practicianul cunoaște îndestul greutățile și dezamăgirile pe care le trăiește în fața unor asemenea situații, care vor contorsiona drumul liber al prescripției acordate. Medicul experimentat, care citește de la primul contact tulburările de comportament ale copilului, după lucirile privirilor, după febrilitatea mișcărilor sau imobilismul statuar, sfidător, va reuși mai ușor să realizeze și performanța mafaldică, urmărind întregul comportament psihic manifestat al familiei, al mamei în principal. Unele medicamente simple, fără pretenție, aprind încredere în sufletul părinților, chiar și în situații extrem de grave. Administrarea în perioada de creștere a copilului, devin sateliți prețioși în elaborarea acelor soluții, greu de concretizat ca mecanism, pe care creerul însuși al copilului, reușește să le dea viață. Plasticitatea, posibilitatea compensatoare pe care o constatăm cu surprindere la o schemă de tratament insuficient de convingătoare pentru noi înșine, verifică posibilitățile mari naturale la această vîrstă, cu apariții de recuperări parțiale sau direct surprizătoare, fericind familiile, uluindu-ne pe noi. Obișnuim a afirma deseori : Primul medic al copilului este însăşi „creerul său", forţele sale biologice de apărare, la care se încolonează intervenţia noastră sub diferite aspecte. Dacă vom aşeza acum faţă în faţă două planuri temporale, cel din urmă cu 2—3 decenii şi cel al momentului actual, cu referire la atitudinea faţă de medicament, descoperim importante diferenţieri semnificative. Azi lumea e mai exigentă, mai pretenţioasă, multe cunoştinţe medicale au coborît de pe soclu şi au pătruns în populaţie la scară largă. Se cunoaşte fenomenul de creştere impresionantă a gamei de produse, în măsură să acopere orice suferinţă psihică a copilului. Unele boli au crescut ca frecvenţă, poluarea psihică e redutabilă în oraşe, dar părinţii apelează cu mai multă încredere la forţele medicinei, diminuînd acţiunile empirice, mistice de odinioară. În perspectiva unei ascensiuni a indicelui de respectare a intervenţiei farmacoterapice evident se pot întreprinde unele acţiuni. E necesar prin concursul educaţiei sanitare, diseminată în toate centrele de populaţie, familie, şcoală, să se ajungă la o permeabilizare mai concretă a părinţilor faţă de indicaţiile acordate de medic. A consulta, ori de cîte ori se impune, un medic al acestei specialităţi, trebuie să devină un fenomen natural, golit de acele prejudecăţi care nu pot decît să inducă ignorarea adevărului traseu de parcurs pe drumul promovării psihosanogenezii infantile. Medicul pediatru de circumscripţie, deja avînd pe umeri un munte de obligaţii poate fi solicitat colegial prin diferite mijloace să urmărească evoluţia unor tratamente în cadrul unor afecţiuni ca epilepsia şi psihozele. Gratuitatea terapiei acordă în această direcţie posibilităţi crescute de supreveghere a acestora. Medicul, sora de teren, cu posibilităţile lor de control scriptic, pedopsihiatrii înşişi, pe baza unei activităţi de teren arondat, pot reuşi a aduce îmbunătăţiri condiţiilor actuale tematice. Problema generală a asistenţei medicale şi psihosociale în populaţia infantilă poate cunoaşte succese numai prin coacţiunea tuturor factorilor chemaţi să sprijine familia la nevoie, instruind-o în rezolvarea problematicii dense pe care o ridică încă în unele împrejurări.

Însuşirea de către părinţi a unor cunoştinţe suficiente de psihologie stadială a copilului, în unire cu democratizarea psihiatriei în frontiere bine gîndite, cu prudenţă, cu tact şi supleţe, pot aduce importante creşteri sensibile a cotelor psihosomogenetice. Nu medicamente în plus se va cere în viitor, ci secarea izvoarelor cu potenţial psihopatogen, acolo unde ele se află, psihoprofilaxia urmînd să rămînă prioritara sarcină a societăţii moderne contemporane.

INFLUENŢA POZITIVĂ A TRATAMENTULUI CU NEUROLEPTICE ŞI MATURIZANTE CEREBRALE ASUPRA RECUPERĂRII COPILULUI OLIGOFREN DIN UNITATEA SIRET

Silvia Maftei, Asiza Iacubovici, G. Popescu
— *Siret*

Am efectuat un studiu statistic privind influenţa pozitivă a tratamentului cu neuroleptice şi encefalotrope asupra copilului handicapat neuropsihic în unitatea noastră.

Situaţia statistică cuprinde date ce acoperă o perioadă de 5 ani, perioadă în care copiii luaţi în consideraţie au fost supuşi unui tratament perseverent şi s-a urmărit modificările comportamentale şi evoluţia intelectuală prin rezultatele obţinute în grupele organizate de educaţie şi instrucţie, şcoală şi ergoterapie.

În grupa de recuperare între anii 1975—1979, au fost cuprinşi 674 copii, avînd un diagnostic mai puţin sever, care a variat între DM inferioară şi imbecilitate superioară sau medie, cu sau fără epilepsie, dar cu tulburări de comportament.

La toţi aceşti copii s-a aplicat un tratament discontinuu timp de 5 ani.

Tratamentele au fost făcute cîte 15—20 zile pe lună timp de 3—6 luni pe an, cu maturizante cerebrale şi în mod permanent pentru epilepsie şi tulburări de comportament schimbîndu-se medicaţia după necesităţi terapeutice sau după existentul din farmacie. De asemenea s-a diminuat doza sau s-a suspendat tratamentul odată cu ameliorările survenite, uneori rămînînd numai doze de întreţinere aplicată după caz fie seara atunci cînd era vorba de insomnie sau crize comiţiale nocturne, sau dimineaţa cînd tulburările de comportament se accentuau după deşteptare.

De asemenea tratamentul a fost adaptat programului de şcoală sau de atelier aplicîndu-se doza maximă fie dimineaţa, fie după-masă în funcţie de orarul şcolar sau de atelier.

În lucrarea de faţă nu s-a luat în consideraţie atît vîrsta cronologică cît mai ales vîrsta psihică, adică aceea care a stat la baza alcătuirii grupelor de educaţie şi instrucţie.

Tratamentele aplicate timp de 5 ani, au fost discontinue la 2% din cazuri datorită retragerii periodice a copilului în familie pe timp de 1—3 luni, perioadă în care părinţii nu au respectat indicaţiile date de a continua tratamentul sau datorită apariţiei unor afecţiuni intercurente care au impus întreruperea medicaţiei pe un timp limitat (maladii contagioase, afecţiuni renale, hepatită virală).

Fenomene de intoleranţă au apărut la copiii care au primit Glutarom în doze de 6 dg pe zi şi mai ales la cei de vîrstă mică ceea ce a obligat la întreruperea temporară sau definitivă a tratamentului.

Tratamentul cu encefalotrope s-a aplicat cu regularitate 3—6 luni pe an timp de 5 ani, iar cel cu anticomiţiale şi tranchilizante continuu variind doar doza în funcţie de rezultatul terapeutic sau de toleranţă.

Din totalul copiilor cuprinşi în tratament cu medicamentele mai sus menţionate, în cursul celor 5 ani, adică 1975—1979, inclusiv. din numărul celor 674 copii cuprinşi în procesul de învăţămînt au fost cu rezultate bune la învăţătură un număr de 312 copii, cu rezultate mediocre 269 copii şi 113 copii cu rezultate slabe la învăţătură.

Aceste rezultate bune a şcolii noastre speciale şi a atelierelor de ergoterapie trebuie privite de la nivelul materialului uman cu care se lucrează (copilul imbecil).

Din studiul efectuat pe această perioadă se pot trage unele concluzii :

1. — Tratamentele cu maturizante cerebrale şi tranchilizante, au contribuit la modificarea comportamentului bolnavului nostru, făcîndu-l apt pentru educaţie şi instrucţie dacă : a fost aplicat de la o vîrstă mică sub 4—5 ani, dacă s-a aplicat cu regularitate în doză terapeutică utilă şi timp suficient, dacă dozele zilnice au fost aplicate ţinînd cont de programul şcolar şi de atelier a copilului întrucît o parte din copii frecventează şcoala dimineaţa şi o parte după-masă ; — copiii care nu au putut face faţă programului şcolar, dar au avut unele aptitudini practice, au fost cuprinşi şi ei în grupele ergoterapiei, şi au obţinut rezultate satisfăcătoare, dacă au fost supuşi constant unui tratament adecvat.

Cercetînd numeric şi procentual rezultatele obţinute de copilul oligofren (imbecil) internat în unitatea noastră pentru recuperare, considerăm că indicele recuperator este bun pînă în prezent, că strădaniile depuse pentru ameliorarea socializării copilului handicapat psihic, sînt pe deplin justificate.

The pozitive results of the treatment with cerebral ripeness and tranquilities given to 674 children with DM degree II, residents in the children's hospital from Siret, children that attended the special helping school and the ergotherapeutic department, it's studied on a statistic situation for 5 years.

APORTUL KINETOTERAPIEI ÎN RECUPERAREA MOTORIE A COPIILOR HANDICAPAŢI PSIHOMOTOR DIN SPITALUL SIRET

G. Popescu, Ofelia-Georgeta Popoveniuc, Silvia Maftei
— *Siret*

O statistică recentă a UNESCO constată că unul din 10 copii în lume este astăzi handicapat şi are nevoie de o educaţie specială pentru recuperare şi integrare a lor în cadrul comunităţii în care trăiesc pentru a putea desfăşura o viaţă cît mai apropiată de cea normală, în ciuda greutăţilor ce se ivesc în acest sens.

Avînd în vedere că peste 20% din copiii deficienţi psihic internaţi în unitatea noastră, prezintă şi deficienţe motorii asociate, datorită fie carenţelor în îngrijire şi a lipsei de mobilizare anterioară, fie malformaţiilor congenitale sau sechelelor cronice de encefalopatie (aceasta din urmă ridicîndu-se la peste 16% din total), s-a impus aplicarea unei terapeutici susţinute de echipă : medici, kinetoterapeuţi, psihopedagogi, ergoterapeuţi care au dus în ultimul timp la o revizuire optimistă cu privire la aprecierea terapiei pentru fiecare bolnav handicapat din spital.

Primul element pe care îl ia în considerare această echipă de specialişti din spital cu ajutorul colectivului medico-sanitar al Sanatoriului Gura Ocniţei, constă în hotărîrea oportunităţii recomandării sau contraindicării unei terapii de recuperare neuromotorie. Indicaţiile cele mai adecvate pentru obţinerea unor rezultate optime în recuperare sînt reprezentate de paraliziile periferice în general şi cele din encefalopatia infantilă în special. Cazurile sechelare la care recuperarea îşi găseşte limitări mai mult sau mai puţin severe, sînt acelea care au contraindicaţii legate în special în cazul nostru — de insuficienta capacitate de colaborare determinată de deficitul psihic al copilului respectiv.

Cunoaşterea precisă a procesului morbid are o mare importanţă pentru eficienţa procesului de recuperare. Se iau în considerare în mod curent datele anamnestice, explorarea somatică, ex. neuropsihic, al limbajului.

În prima fază au fost cuprinşi 100 de copii cu deficienţe motorii în complexul nostru recuperator care vizează următoarele forme de tratament :

— *Termoterapia*, sub formă de hidroterapie şi electroterapie care tind să producă o îmbunătăţire a circulaţiei şi troficităţii — premergătoare celei de-a doua forme ;

— *Kinetoterapia* — sub diversele ei forme, aparatare ortopedică şi corecturi chirurgicale ortopedice care duc la îmbunătăţirea funcţionalităţii motorii ;

— *Terapie ocupaţională şi instruire şcoală specială* pentru dobîndirea unor cunoştinţe elementare şi mişcări utile în viitoarea lor profesionalizare. În tabelul pe care îl redăm alăturat reiese că grupul de handicapaţi cuprinşi în această recuperare este destul de heterogen atît din punct de vedere etiologic, al gradului de intelect cît şi din punct de vedere al evoluţiei, totuşi este posibilă redarea unui nivel de autonomie personală acestor bolnavi care înainte erau condamnaţi la totala inactivitate şi dependenţă familială sau dependenţă faţă de instituţiile pentru bolnavi cronici.

Avînd în vedere că nivelul voinţei şi perseverenţei — de importanţă fundamentală — în procesul de recuperare funcţională la aceşti copii este — în general — foarte redus, puţin peste zero, pentru a nu risca apariţia dezinteresului sau chiar a negativismului faţă decomplexul recuperator prescris, combinăm actul recuperator cu jocul în sala de dexteritate sau ergoterapie recreativă.

In mod firesc dotările destinate recuperării funcţionale a copilului deficient psiho-motor sînt completate de ergoterapie, care are în unitatea noastră atît un rol mobilizator în motricitatea de precizie, productivă, cît şi un rol de terapie ocupaţională, răspunzînd astfel la nivelul tuturor necesităţilor şi exigenţelor specifice ridicate de cazuistica noastră.

Activitatea de recuperare funcţională se desfăşoară în paralel cu cea de instruire preşcolară şi şcolară, astfel încît pe parcursul fiecărei zile, copiii trec după un program prestabilit — valabil pe toată durata unui an — prin ambele forme de recuperare.

In privinţa modului de organizare şi funcţionare arătăm următoarele: la sfîrşitul fiecărei perioade de spitalizare intermediară la carantină, noii internaţi sînt consultaţi de o comisie medicală compusă din medic pediatru, medic specialist neuropsihiatru şi psiholog şi apoi repartizaţi pe pavilioane.

Odată cu repartizarea la aceste saloane, pe lîngă foaia de observaţie obişnuită, i se întocmeşte fiecărui pacient o foaie de tratament a deficientului neuromotor, după un model conceput şi experimentat în unitatea noastră cu sprijinul colectivului sanatoriului de copii Gura Ocniţei.

In general tratamentul pe care îl aplicăm copiilor internaţi în unitatea noastră prezintă elemente Bobath, Kabat, Temple Fay şi chiar Tardieu la cazurile care cooperează mai bine, şi cuprinde mai multe etape, procedurile folosite corespund formei clinice, vîrstei psihice şi motorii a pacientului, experienţei sale personale şi bineînţeles mijloacelor de care dispunem. Dintre aceste etape menţionăm relaxarea, mişcarea pasivă, asistată şi activă. Masajul este indicat cu multă atenţie, selectiv, evitînd aplicarea sa la cazurile care prezintă spasticitate. Mişcarea activă o începem cu cee ce putem provoca reflex, iar apoi o încadrăm în schema de tratament prin care urmărim trecerea de la un grup de activităţi la altul mai complex conform legilor progresiunii şi dezvoltării psiho-motorii normale. Nu facem trecerea de la o mişcare la alta şi nu schimbăm dozarea efortului decît după obţinerea maximului posibil în ceea ce priveşte acurateţea, amplitudinea, forţa şi gradul de integrare în atitudinea motorie generală a corpului.

Prin folosirea concomitentă a unui material instructiv-educativ adecvat însă, alături de tratamentul kinetoterapic, dezvoltă nu numai universul său senzorial, asociativ al ideilor, ci ajută la îmbunătăţirea evidentă a deprinderilor motorii, la supravegherea posturii şi corectitudinii mişcărilor cîştigate, la o mai bună înţelegere şi folosirea în scop practic al acestor mişcări.

O influenţă favorabilă o are şi o ambianţă odihnitoare în saloane, care să fie curate, liniştite, umanizate cu un colectiv de muncă bine pregătit profesional, bine sudat, care să manifeste o mare dragoste, afecţiune şi înţelegere faţă de copiii handicapaţi, dar şi multă fermitate în aplicarea consecventă a complexului recuperator, indiferent de modul în care acesta este primit de micul pacient.

Putem arăta că se observă o ameliorare pozitivă evidentă în evoluţia psiho-motorie la această grupă de copii supusă recuperării funcţionale, reuşind să stabilim cele mai potrivite elemente aplicabile cazuisticii noastre prin diversele metode de kinetoterapie cunoscute.

Considerăm că munca de recuperare motorie aplicată copilului deficient neuropsihic are o importanţă decisivă, deoarece îi dă acestuia posibilitatea să se mişte, să se deplaseze, să-şi lărgească experienţa proprie prin contact direct, factor indispensabil oricărui proces de instruire. Numai simpla ridicare în şezut a copilului îi aduce un orizont imens în comparaţie cu tavanul alb pe care-l putea observa înainte pînă la totala şi continua inhibare a oricărei porniri de cunoaştere.

CONCLUZII

1. — În întreaga acţiune complexă a acestei recuperări pentru a da cele mai bune rezultate şi a preîntîmpina unele complicaţii, ţinem seama de următoarele principii călăuzitoare:

a) Hidro-fizio-ergo-kinetoterapia să fie activă, complexă, continuă, concomitentă, perseverentă şi de lungă durată;

b) Să nu întrerupem tratamentul şi nici să nu-l abandonăm prematur, deoarece poate duce la pierderea deprinderilor şi mişcărilor cîştigate, la reapariţia aceloraşi deficienţe avute anterior.

2. — Asigurarea unui potenţial de cadre medicale şi medii pe profil de recuperare neuro-motorie, a pregătirii şi perfecţionării lor în mod practic ca să dobîndească o structură psihică deosebită, să se dăruiască acestui scop nobil.

3. — Dezvoltarea spiritului de echipă între medicul recuperator pedopsihiatru, psiholog, educator, logoped, şi cadrele medii pentru îmbinarea unui tratament complex medico-sanitar şi de asistenţă socială.

4. — Depistarea cît mai timpurie a tuturor copiilor cu deficienţe psiho-motorii şi orientarea acestora spre serviciile de recuperare hidro-fizio-ergo-kinetoterapie.

5. — Este necesară o operativitate mai mare din partea centrului de protezare Bacău în efectuarea aparatelor şi ghetelor ortopedice atît de necesare la o serie de copii cuprinşi în acest complex de recuperare.

6. — Să utilizăm în mai mare măsură baza materială existentă şi crearea de noi spaţii de recuperare cu posibilităţi locale în vederea cuprinderii tuturor copiilor handicapaţi psihic şi motor.

7. — Prin recuperarea motorie a acestor copii — se aduce concomitent un valoros sprijin şi în dezvoltarea psihică prin lărgirea orizontului de cunoaşterea a copilului handicapat psiho-motor care pînă la această dată era imobilizat la pat.

Tabel

cuprinzînd grupa de copii handicapați la secția de recuperare prin hidro-fizio-kinetoterapie la Spitalul de copii Siret

Nr. copii luați în evidență și tratament	Perioada	Malf. psih. de fond						Deficiențe motorii											
								Tetrapareză 36%				Monopareză 3%		Parapareză 52%					
		DM I	DM II	Pînă la 6 ani	6—12 ani	12—16 ani	Peste 16 ani	Spastică	Ataxică	Coreoatetozică	Mixtă (S+C)	Membru superior	Membru inferior	Spastică	Ataxică	Frustă	Mixtă (S+A)	Paralizii post sp. bifidă op.	Hemipareză spast.
100	1978-1980	43%	57%	12%	60%	18%	10%	1%	1%	7%			2%	38%	1%	10%	3%	1%	8%

A well organized hydro-kynetotherapy, active, continuous, assiduous for a long period through discovering and carlier orientation towards this service of the deficient illman, contributes in a great extent to the recovery of the psychomotor handicap's child and at the same time a useful help in the mental development by enlarging his knowledge horizon of the environment, given the child the possibility, towalk, to attend a special school group and a therapeutic holding department.

6

The most adequate indications for getting some good results in the recovery are represented by periferic paralpsis in general, and specially, these from the infantil encephalopathy onlp in the case in which there are not any limitations or contraindications through the insufficient capacity of colaboration determined by the important mental deficient.

UNELE CONSIDERAȚII PSIHOTERAPEUTICE ALE MUZICII ÎN EDUCAREA COPIILOR NEUROPSIHICI

G. Popescu, Ofelia-Georgeta Popoveniuc
— *Siret*

În cadrul spitalului nostru, utilizăm frecvent muzica în educarea, formarea și dezvoltarea copilului oligofren. Meloterapia constituie, pe lîngă ceilalți factori terapeutici, un mijloc important în formarea personalității copilului, acționează asupra sensibilității lui și îi dezvoltă capacitatea de intelect.

Educația artistică este de mare utilitate în trăirea intensă a copilului prin muzică și poezie, mai ales cînd o mare parte din viață și-o petrece în colectivitate închisă, în mediu spitalicesc, așa cum este în cazul nostru. Aceasta de multe ori poate să reprezinte o compensare a infirmității de care suferă, un simț de valoare și superioritate. Educația artistică prin muzică, poate fi în același timp un bun relaxant și un liniștitor al mișcărilor necontrolate, un deosebit auxiliar în exercițiile kinetice din sală sau în cultivarea dragostei de natură, în contemplarea ei, în mișcările și plimbările în aer liber.

Ritmul muzicii — este ușor recepționat de copiii oligofreni, este elementul de bază în atragerea atenției copilului spre joc, memorizare, cîntec, este o artă a variațiilor din viața lui monotonă.

Ca mijloc de expresie, de comunicație, muzica este o limbă, la același nivel ca și cuvîntul, este *limba sentimentului*. Noi am observat la acești copii că au o mare satisfacție, sînt plăcut impresionați atunci cînd ei cîntă și cînd prin mijlocirea cîntecului lor, crează o ambianță diversificată plăcută în spital, care fac să atragă și pe alți copii în mijlocul lor.

Educația muzicală face apel la instinct, iar muzica poate să ajute copilul handicapat psihic să treacă de la viața instinctivă la viața conștientă.

Influența muzicii asupra copiilor internați la noi este făcută prin cîntece la instrumente, voce (soliști sau cor) și prin audiții la radio, discuri, televizor sau cinematograf, cu ocazia rulării unor filme destinate lor.

Terapia aceasta prin muzică este o preocupare de echipă a colectivului nostru (medic, psiholog, educator), aplicată cu un dublu avantaj; pe lîngă un mijloc de educație și de recuperare și un excelent mijloc de observații. Prin constatările noastre, putem afirma că o mare parte din bolnavii noștrii au nevoie de muzică, tot așa de mult cum au nevoie de medicamente și hrană. În afară de caracterul său estetic, muzica aduce copiilor handicapați psihic o stare de liniște, reprezintă un calmant în unele stări de criză psihomotorie, îi îndepărtează de unele stări emoțional-conflictuale, de agitație, o înviorare a vieții afective, promovînd o destindere, un climat de euforie.

Cu ajutorul muzicii adaptate la fiecare caz în parte, i se poate da copilului înapoiat mintal o oarecare securitate și prin aceasta o mai bună adaptare la situații noi, care îi pot provoca tulburări. Noi am obținut o serie de succese utilizînd cîntecul prin radioficare în sălile de lucru ale serviciului de terapie ocupaţională, prin favorizarea educaţiei ritmului de viaţă, a spontaneităţii în mobilizarea şi crearea unui echilibru mai bun în modul de a se comporta în munca lor.

Astfel muzica ritmată, prin elementele ei dinamice şi afective, poate să constituie pentru bolnavul neuropsihic, un mijloc de a se realiza, de a ajuta ucenicia gesturilor profesionale, un sprijin valoros în recuperarea prin muncă. Pe lîngă celelalte metode pe care le utilizăm în acest sens şi cu ajutorul ritmului muzical potrivit copilului deficient psiho-motor, îl antrenăm să se descurce singur, la început în mişcări elementare, poziţie şi apucare corectă, apoi prin exerciţii mai complexe, analitice, în educarea atenţiei, ritmului şi preciziei gestului. Sînt astfel achiziţionate gesturi profesionale din ce în ce mai diversificate şi complexe încît ulterior aceştia se încadrează în munca de ucenicie din atelierele noastre, iar alţii se transferă în şcoli speciale profesionale.

Chiar şi în cazul celor cu epilepsie, pe lîngă tratamentul de fond medicamentos, utilizăm şi meloterapia pentru evitarea crizelor sau a le atenua frecvenţa şi violenţa ; o melodie veselă şi dulce este eficace pentru a readuce bolnavii la o viaţă mai conştientă şi a nu cădea în demenţiere.

De asemenea, terapia prin muzică o considerăm ca un adjuvant serios în ameliorarea dislaliei, a tulburărilor de vorbire în general, copilul reproducînd gesturile cu ajutorul cîntecelor şi audiţiilor muzicale, iar educaţia motorie este asociată cu educaţia vizuală şi auditivă. Prin exerciţiile colective de gimnastică, marş în aer liber ritmate de muzică — se obţine intensificarea respiraţiei, provocînd destinderea unui climat de euforie, de înviorare a vieţii afective a copiilor.

Jocurile cîntate îi introduc pe copii în domeniul muzicii şi al cercetărilor particulare ale grădiniţelor speciale, în legăturile cu exerciţiile pe care le fac, la organizarea timpului. Diversele jocuri muzicale plac foarte mult copiilor şi reprezintă o adevărată ergoterapie muzicală. De asemenea, utilizăm : exerciţii de repetare a ritmului cu ajutorul unor instrumente variate : tamburine, clopoţei, acordeon — care pot duce şi la achiziţionarea de noi cuvinte, la îmbogăţirea vocabularului.

Între desen, cuvînt şi muzică se stabilesc relaţii de interdependenţă. Multiplicitatea informaţiilor transmise şi a emoţiilor suscitate şi orientate într-o anumită direcţie în folosul copilului deficient, realizează o amplificare a eficienţei curative a meloterapiei.

The influence of the music on the insane chidren is very important in the softness of the nervous system, is diminishing the disorders of the behaviour, it determins the child to play, arouses the interes of speaking, gives him good time an euphoric climate, refreshing the emotional life.

ELECTROENCEFALOGRAMA ÎN TULBURĂRILE DE COMPORTAMENT LA COPIL

Ana Stratone, Constanţa Armaşu
— *Iaşi*

Tulburările de comportament includ aproape toată gama manifestărilor neuropsihice infantile, ţinînd cont de faptul, cu cîtă greutate se poate delimita comportarea normală de cea cît de puţin aberantă din punct de vedere psihic.

Deoarece datele electroencefalografice deşi relativ bogate apărute în literatura de specialitate sînt şi contradictorii, neputînd fi interpretate decît în strînsă legătură cu examenul clinic, ne-am propus să urmărim activitatea bioelectrică cerebrală la un număr de 50 copii veniţi în serviciile noastre pentru diverse forme ale comportamentului aberant.

Material şi metodă

Copiii care s-au prezentat pentru consultaţii de specialitate neuropsihică au avut diverse forme ale tulburărilor de comportament, începînd cu relatarea neadevărului, furt, irascibilitate, pînă la instabilitate psihomotorie, agresivitate, vagabondaj. Cei care au constituit cazuri mai bine definite din punct de vedere simptomatologic, au fost dirijaţi pentru explorare EEG constituind grupul pe care-l prezentăm.

Majoritatea copiilor au fost băieţi, în număr de 38 care pe vîrste sînt : între 7 şi 8 ani = 20 copii ; între 8 şi 10 ani = 10 copii ; între 10 şi 14 ani = 8 copii.

Cele 12 fetiţe au aparţinut vîrstei de 7—8 ani în număr de 9 şi doar trei din ele au avut vîrsta 12—13 ani.

Din totalul copiilor examinaţi 32 din ei aparţin familiilor dezorganizate, cu părinţi despărţiţi, alcoolici, sau cu alte tare de comportament.

16 din copii au avut meningo-encefalite virotice sau febre de lungă durată la vîrsta de 1—3 ani, iar ceilalţi 8 copii au suferit traumatisme cerebrale majore în fragedă copilărie.

Copiilor li s-au înregistrat traseele EEG folosind electroencefalograful Swönitz 482 — cu 8 canale, iar ca metodă de activare am utilizat hiperpneea timp de 3 minute şi stimularea luminoasă intermitentă (SLI) cu frecvenţa stimulilor variabilă între 5—50c/s.

Rezultate şi interpretarea lor

Traseele EEG provenind de la copii cu tare în dezvoltarea psihică, ca urmare a mediului familial şi social total necorespunzător, ne-au pus în evidenţă o dezorganizare a activității bioelectrice cerebrale, cu aspect de suferință difuză și tendință la focalizare în derivațiile frontale.

Copiii cu schele meningo-encefalitice au prezentat trasee EEG cu aspect de iritație moderată difuză, tradusă prin apariția paroxismelor de vîrfuri ample, rapide și lente în toate derivațiile, amplificate după hiperpnee și SLI.

Traumatismele cerebrale multiple la cei 8 copii cu tulburări comportamentale, se traduc prin aspecte EEG disritmice, de suferință cerebrală difuză cu anomalii paroxistice în toate derivațiile în special în cele posterioare.

O serie întreagă de autori aduc în discuție rolul sechelelor organice cerebrale în apariția tulburărilor de comportament iar alții focalizează în derivațiile temporale stîngi suferințe răspunzătoare de aceste dezordini comportamentale.

La cazurile urmărite de noi am constatat un aspect de suferință cerebrală difuză la copii cu tulburări de comportament mai severe și o tendință la focalizare în derivațiile anterioare la cei mai mulți dintre ei.

Zonele cerebrale terțiare evidențiate la om sînt reprezentate de zona frontală responsabilă de procesul cunoașterii și de zona carefurului parieto-temporo-occipital, pentru sinteza datelor mediului înconjurător și convertirea lor în cuvinte.

Zona frontală terțiară impune activitatea psihică a cunoașterii și a programării comportamentului, a raționamentelor și deciziilor față de stimulii primiți din lumea înconjurătoare. De starea de sănătate a acestei zone depinde deci elaborarea unor decizii corecte care să ducă la adaptarea individului față de condițiile de mediu mereu schimbătoare.

Plecînd de la percepții, lobul frontal realizează abstractizări de unde și presupunerea că „inteligența“ ar avea sediul frontal.

În lumina acestor date, electroencefalogramele copiilor urmăriți de noi evidențiază modificări ale bioactivității electrice cerebrale în special în derivațiile frontale. probabil datorită unor disfuncții ale acestor zone corticale, fie ca urmare a unor procese inflamatorii meningo-encefalitice sau a unei slabe dezvoltări morfologice și funcționale acestei regiuni.

Dar zonele corticale terțiare nu acționează independent. Ele sînt dirijate de sistemul limbic — sediul emoțiilor, al memorizării și credinței încît în tulburările din comportament par implicate și aceste zone nervoase profunde, ceea ce explică diversitatea aspectelor clinice din tulburările de comportament la copil, greu de diferențiat de celelalte dezechilibre neuropsihice.

Observațiile noastre încearcă să aducă o modestă contribuție la completarea investigațiilor și interpretării lor pentru un diagnostic precoce și cît mai obiectiv în tulburările de comportament ale copilului, tulburări care de multe ori deși manifeste, nu aduc date electroencefalografice concludente.

Iată de ce disarmoniile copil-mediu social trebuiesc privite cu bunăvoință și răbdare de educatori, pentru că ele pot fi de multe ori urmarea unei educații deficitare și nicidecum a unor disfuncții organice.

Alături de un examen clinic amănunțit electroencefalograma ajută în diagnosticarea acestor manifestări psihice și poate ajuta medicul psihiatru în dirijarea tratamentului.

This work presents the EEG aspects in the child's conduct troubles (of the childs) — which in most cases shawed a cerebral diffuse suffering-with tendency to center in the previous derivations.

To the 50 children — haved in view of their EEG aspects, 38 were boys and 12 girls-most of them were 7—8 year old.

Most of them have a disunite families with alcoolic parents or psychic troubles.

The suffrance of the cerebrale zones — shawed to these children-could explain their conduct troubles, knowing that the tertiary cerebral zones — recently descovered to the human are responsible for reasoning, for conducts and for the psychic activity of knowledge.

CONSIDERAȚII ASUPRA ACTIVĂRII CU COFEINĂ A E.E.G. LA COPII

T. Stamatin, I. Ștefan, G. Simovici
— Iași

Se știe de mult că acțiunea cofeinei este de activare asupra sistemului nervos central, fără a fi însă specificat precis modul de acțiune, deși ea produce un efect de desincronizare al E.E.G. (Gibss. F.A. and Maltlay, G. L.)

Efectul de trezire al cofeinei se exercită în părerea lui Monnier — asupra celor două sisteme talamice antagoniste, prin inhibiție sau blocarea sistemului talamic hipnogen.

Alți cercetători (Krighel E.) demonstrează acțiunea cofeinei, ca fiind de nivel cortical.

Bazîndu-ne pe cercetările unuia dintre noi în ce privesc modificările E.E.G. la acțiunea cofeinei, am încercat să urmărim mai atent aceste modificări la copii.

Din observațiile clinice s-a constatat că o serie de bolnavi comițiali, confirmați clinic prezentau E.E.G. normală spontan, la hiperpnee și chiar la stimuli luminoși intermitenți.

În stimularea cu cofeină s-a observat că E.E.G., devine concludentă. În observațiile noastre nu avem pretenție de a trage concluzii, ci doar dorința de a confirma datele din literatură prin care se atrage atenția asupra efectului stimulator excitant al cofeinei asupra sistemului nervos central.

S-a practicat la 103 copii şi tineri între 9—18 ani E.E.G. spontan şi după 1/2 oră de la administrarea unei injecţii cu cofeină natriu benzoică.

Cazuistica nu s-a selectat numai din comiţiali, ci luînd orice fel de caz care se interna în clinică, căutînd să fie cuprinse toate diagnozele existente în perioada respectivă.

Dăm mai jos rezultatele într-un tabel sinoptic, sperînd să vorbească mai concludent decît am putea-o noi spune.

	E.E.G. SPONTAN	E.E.G. COFEINA
COPII HANDICAPAŢI NEUROPSIHIC. (DEBIL. MINTALĂ, —) (IMBEC. PARŢIAL RECUPERABILĂ). 7	7. e.e.g. demodulat	din care — 5 e.e.g. normal — 2 e.e.g. a rămas demodulat
P.M.D. 2 e.e.g. — normal	2. normal	din care — 2 e.e.g. normal
NEVROZE — 10 e.e.g. — normal 6 e.e.g. — iritativ	10 e.e.g. normal 6 e.e.g. — iritativ	din care — 4 e.e.g. — iritativ — 12 e.e.g. — normal
COMIŢIALITATE a) — 43 e.e.g. normal	43 e.e.g. normal	din care — 11 e.e.g. normal după activare — 32 e.e.g. caract. epi.
b) — 31 e.e.g. de epilepsie	31.	din care — 31 caract. epi.
CONVULSII FEBRILE — 2	— E.E.G. normal 2	din care — 2 e.e.g. normal
SCHIZOFRENIE. — 2	— E.E.G. normal	din care — 2 e.e.g. normal

Din datele de mai sus rezultă că :

— cofeina prezintă un mare avantaj, este uşor de administrat, nu dă false trasee de epilepsie.

La comiţiali, chiar dacă au traseu spontan normal, după administrarea cofeinei traseul devine caracteristic pentru epilepsie într-un procentaj semnificativ, pînă la 75%.

La traseele iritative pacienţii nefiind comiţiali, după administrarea cofeinei, traseul se normalizează în proporţii de 50—60% din cazuri.

In this paper the authors show the intensification E.E.G. using caffeine for the children.

There have been studied 103 patients and the conclusion was that intensification with caffeine has many advantages :

1 The administration of caffeine has no incidentes.
2 It is as good as penthotal or ahppnon.
3 Makes normal E.E.G. for nonepileptics.
4 As for as the epileptics are concerned the E.E.G. becomes conclusive 75—80%.

This conclusions show that the intensification with caffeine is indicated before other intensifying.

DISPENSARIZAREA COPIILOR CU HANDICAP PSIHIC, PRIM PAS SPRE O INSERŢIE SOCIALĂ COMPLEXĂ LA VÎRSTA ADULTĂ

Elena Lupaşcu, Georgeta Petrulian, I. Andronic
— Craiova

Pedopsihiatria modernă impune, pe lîngă o asistenţă curativă calitativ superioară, mai ales preocupări pentru profilaxia şi recuperarea afecţiunilor psihice la copii. Oprindu-ne în special asupra ultimei, putem spune că o dispensarizare corect făcută, la nivelul Laboratorului de Sănătate Mintală, a dus la rezultate încurajatoare cu privire la inserţia socială a handicapaţilor psihic.

Orice copil, cu deficit psihic, depistat la timp, tratat şi îndrumat corect, poate evolua (mai uşor decît un adult) spre o adaptare socială mai mult sau mai puţin completă. Această operă de prevenire sau de profilaxie a bolilor mintale grevează după cum se ştie. asupra asistenţei psihiatrice a adulţilor diminuîndu-le numărul sau reducînd posibilităţile de decompensare.

În ultimii 7 ani de cînd a început dispensarizarea copiilor cu afecţiuni psihice au fost luate în evidenţă un număr de 885 cazuri. Dintre acestea 662 sînt cazuri de deficit psihic şi de grupe de afecţiuni : 26% sînt oligofreni de gradul I, II, III. ; intelect la limită 42% ; epilepsii cu tulburări psihice 2,8% şi psihoze 0,5%. Dintre aceştia cei care au necesitat cele mai multe internări în Spitalul de Psihiatrie şi în Staţionarul de zi, au fost copiii cu tulburări de comportament şi cu deficit psihic, epilepsiile cu tulburări psihice şi psihozele. Dintre cazurile de oligofrenie, jumătate dintre ei sînt scoşi din familie şi internaţi în diferite instituţii cu profil instructiv-educativ în scopul recuperării lor, cei mai mulţi fiind cuprinşi în şcolile ajutătoare. Intelectul de limită în 98% din cazuri se găsesc în şcolile generale de masă. Dintre cazurile de epilepsie cu tulburări psihice, mai mult de jumătate urmează cursurile şcolii de masă.

Psihoticii în 40% din cazuri sînt necuprinşi la şcoala de masă.

Un lot separat format din 28 deficienţi psihici care au depăşit vîrsta de 17 ani, fiind scoşi din dispensarizarea copiilor de cîţiva ani, au constituit o analiză atentă cu privire la încadrarea lor în muncă. Majoritatea lor au în prezent peste vîrsta de 20 ani şi cu diagnosticul ce se încadrează în aceleaşi entităţi nozologice ca şi cei care sînt cuprinşi în dispensarizarea adultă. Puţini dintre aceştia au fost cuprinşi în evidenţa specială a serviciului de psihiatrie pentru adulţi, mulţi dintre ei avînd deficit intelectual de grade diferite, motivul neluării în evidenţa adulţilor este faptul că serviciul psihiatrie adulţi nu dispensarizează aceleaşi categorii de bolnavi ca serviciul de neuropsihiatrie infantilă. Urmărindu-i tot noi în continuare am constatat, prin examen psihic şi testări psihologice periodice, o evoluţie favorabilă în ceea ce priveşte deficitul psihic. Prin tratament medicamentos corect şi optînd pentru o încadrare adecvată am reuşit ca în marea majoritate a cazurilor să obţinem o inserţie socială destul de bună. Din cele 28 de cazuri numai 4 au rămas fără ocupaţie, restul sînt calificaţi la locul de muncă, după terminarea şcolii generale de masă, a şcolii ajutătoare sau a unei şcoli profesionale speciale.

Nu s-a constatat o diferenţă în ceea ce priveşte adaptarea în colectivitate şi a comportării la locul de muncă, între cei ce au absolvit o şcoală ajutătoare, faţă de cei care au urmat cursurile şcolii generale de masă.

Deci în adaptarea socio-profesională nu s-a constatat nici o deosebire între cele două categorii (şcolarizaţi la şcoala de mase şi la şcoala ajutătoare).

Cei şcolarizaţi la şcoala de mase au avut avantajul că nu au fost scoşi din familie şi acolo unde familia s-a preocupat mai mult de deficientul psihic rezultatele de adaptare în procesul muncii au fost tot atît de bune ca şi a celor care au absolvit o şcoală ajutătoare. Dar acolo unde părinţii nu s-au ocupat de handicapatul psihic inserţia socio-profesională s-a făcut cu mari dificultăţi. Dacă în cadrul şcolii de mase s-ar găsi soluţii ca, în cazul copiilor cu intelect liminar sau cu debilitate mintală uşoară, să primeze un proces educativ-instructiv diferenţiat, aceşti copii nu ar trebui scoşi din familie şi duşi în şcoli speciale.

Am constatat în acelaşi timp, că nu există o corelaţie între deficienţa psihică şi adaptarea socio-profesională, Chiar oligofrenul cu debilitate mintală uşoară, faţă de intelectul de limită sau faţă de alte deficienţe psihice (exemplul din cadrul epilepsiei) nu au o încadrare în procesul muncii la un nivel cu mult mai scăzut. Aceasta pentru că în procesul muncii nu intervine numai deficitul intelectual ci şi alţi factori. Deficitul psihic poate fi compensat prin activitatea practică, adesea prin dezvoltarea anumitor deprinderi cum ar fi cele motorii.

Realizarea unei concordanţe între capacităţile individuale restante şi solicitările profesionale sau chiar sociale, poate acţiona ca un factor care limitează sau în caz ideal anulează modificările nespecifice ale deficientului mintal.

Un alt aspect pe care-l semnalează analiza noastră a fost şi faptul că în destule cazuri după testări periodice psihometrice (chiar dacă s-au folosit aceleaşi scări psihometrice) nu a existat o concordanţă în ceea ce priveşte încadrarea cu acelaşi Q.I. — de la o examinare la alta. Se poate ca în unele cazuri să fi existat şi o deficienţă în testare pentru că toate scările psihometrice au relativitatea lor, dar în cele mai multe cazuri s-a datorat şi unei evoluţii favorabile şi anume în acele cazuri în care mediul familial era suficient de solicitant. S-a observat şi reversul, o adaptare socio-profesională mai dificilă, acolo unde condiţiile de mediu erau defavorabile. De aici necesitatea de a ţine o legătură permanentă cu familia handicapaţilor psihic, pentru a-i determina să le ofere condiţii adecvate în vederea recuperării lor. Şi numai în cazul în care handicapatul psihic provine din familii care nu pot asigura astfel de condiţii, numai atunci să fie îndrumaţi în unităţi speciale prin scoaterea din familie. Revenim asupra problemei, ca în cazul în care deficientul psihic este menţinut în familie şi în şcoala de mase, este absolut necesar ca familia să-i ofere condiţii optime de dezvoltare, în caz contrariu nu se pot obţine recuperarea acestora. Din investigaţiile făcute la şcoală cu ocazia unor anchete sociale, reiese că acolo unde copiii cu deficit psihic nu reuşeau absolut de loc să facă faţă, nici educatorul nu era adecvat unei astfel de munci. Este adevărat că această problemă este dificil de rezolvat în etapa actuală, dar un început trebuie făcut şi în acest sens.

În acelaşi timp, urmărind modul în care handicapaţii mintali încadraţi în şcoli ajutătoare se adaptează în procesul instructiv-educativ, am constatat şi aici destule deficienţe. Ştiut fiind că deficientul mintal îşi compensează handicapul printr-o activitate practică pe care o realizează în condiţii foarte bune, în aceste şcoli din contră, accentul se pune pe însuşirea cunoştinţelor teoretice şi mai puţin pe activitatea în ateliere a elevilor ,lucru extrem de dăunător pentru recuperarea acestor copii.

S-a constatat apoi că acei deficienţi psihic indiferent că handicapul este primar sau că provine în urma unei regresii psihice ca în cazul epilepsiilor sau a psihozelor, tabloul clinic îmbracă acelaşi aspect ca nivel intelectual. De aceea încadrarea lor în şcoli profesionale speciale, sau la cursuri şcolare serale, rezolvă pregătirea lor pentru o viitoare meserie (calificare ca strungar, electrician, lăcătuş, tîmplar, tapiţer, etc.). Rezultatele cele mai bune au fost obţinute la cei care au urmat cursurile şcolii profesionale speciale. Ideal ar fi ca aceste şcoli să fie în număr suficient în aşa fel ca toţi handicapaţii psihici indiferent că provin din familie (de la şcoala de mase) sau de la şcoli ajutătoare să poată urma aceste cursuri de calificare potrivit cu gradul deficienţelor lor. Iar după absolvirea acestor şcoli profesionale speciale să li se asigure şi un loc de muncă adecvat (uneori avînd nevoie chiar de ateliere protejate), ca să le creeze o inserţie socio-profesională completă. În situaţia în care aceştia nu-şi găsesc un loc de muncă adecvat se ajunge la decompensarea lor psihică. S-a observat că şi încadrarea lor în întreprinderi este adecvată dacă li se creează un anumit program şi condiţii protejate de lucru.

Din numărul mic al celor urmăriţi la vîrsta adultă, reies însă lucruri destul de importante şi care generalizate ne pot da o imagine asupra posibilităţilor de inserţie socială şi profesională, a handicapaţilor psihic.

The pursuit of the children with psychic handicap within the „Laboratory for the Mental Health" by means of their periodic medical athendance until they will be grownup, ensures them a good socio-profesional joining.

The contribution of the family and of the school are factors of great importance for the retrieve of the psychic deficiencies.

During the work process, the psychic handicap is compensated for development of other habits in relation with practic activity.

ASISTENŢA PSIHIATRICĂ SOCIALĂ A COPILULUI HANDICAPAT ŞCOLAR

— MĂSURI DE RECUPERARE —

Niculina Fântână
— Iaşi

Trecînd în revistă cîteva din aspectele cu care ne-am confruntat practic în acţiunea desfăşurată de L.S.M., menţionăm că acestea sînt mai pregnante pentru populaţia infantilă din clasa I (şcoala de masă): copii care repetau clasa, fiind depăşiţi de vîrsta cronologică, cu mari dificultăţi de adaptare, constituind 8 % din lot; copii care au fost amînaţi psihologic şi psihiatric, în evidenţa de specialitate a reţelei noastre cu diferite afecţiuni, 7—8 %; copii care nu au beneficiat de vreo formă de instrucţie organizată pentru preşcolari, manifestîndu-se uneori ca întîrziaţi psihic, ridicîndu-ne serioase probleme chiar în cursul acţiunii recuperatorii. Deşi au fost luaţi în evidenţă în număr redus, credem că frecvenţa lor este mai mare prin raportare la toate clasele I; aproximăm un handicap preşcolar de 12 % în sensul arătat la acest punct.

O altă categorie este reprezentată de subiecţii cu deficienţe asociate (senzoriale, motorii), tulburări de limbaj, malformaţii congenitale sau alte cauze organice pe care s-au grefat diverse tulburări psihice cu răsunet în viaţa şcolară, reprezentînd 17,20 % din total. Din familiile anchetate bio-psiho-social din care provin subiecţii cu important retard şcolar, unele reprezintă surse generatoare de insucces şcolar, manifestînd atitudine indiferentă şi dezinteres faţă de problemele în munca noastră, ceea ce reprezintă 16,32% din totalul familiilor studiate.

Situaţia de insucces şcolar se asociază cu insuficienţă staturo-ponderală, distrofii, stări carenţiale şi de subnutriţie, afecţiuni cronice somatice, deficienţe senzorio-motorii asociate; un registru larg de cauze subiective şi obiective, afecţiuni psihice ale părinţilor, copii crescuţi în unităţi de puericultură sau sub tratament nociv în cadrul familiei, copii proveniţi din familii cu diverse grade de dezorganizare.

Practic, grupele de recuperare — în număr de 22 —, alcătuite din cîte cinci, şapte — opt subiecţi au funcţionat în cursul după amiezii cu program individualizat şi diferenţiat, asigurîndu-se masa şi odihna copiilor în şcoală. Modalităţile la care am recurs în alcătuirea şi funcţionarea grupelor au fost adaptate potenţialului lor afectiv-relaţional şi intelectual, stimulării biologice şi psihice. În cazul subiecţilor cu situaţii mai favorabile, stimularea biologică a fost asigurată în familie, sub supraveghere atentă a psihologului şi a cadrelor didactice antrenate în această acţiune. Stimularea psihopedagogică intensivă programată în trei sau patru zile din săptămînă, cîte două ore zilnic şi uneori trei, a avut scopul de a dezvolta capacitatea limitată a gîndirii subiecţilor cu inviorarea relaţiilor afective, efectuînd acordul necesar al conţinutului activităţii şcolare cu această capacitate. S-a demonstrat experimental că, prin adaptarea procesului de învăţare la ritmul şi intensitatea funcţional-intelectuală a acestor copii, dezvoltarea mintală poate urma o traiectorie ascendentă şi evoluţia personalităţii se poate încadra în normalitatea standard.

Nu se poate contesta faptul că, etiologia ne indică întotdeauna cauza dar nu şi procesul de dezorganizare mintală. Din acest considerent noi am abordat situaţia complexă reală existentă în şcoala de masă, confruntîndu-se cu *toţi* factorii care generează eşecul şcolar. Credem că această realitate ne obligă, ca o consecinţă a eforturilor depuse, să delimităm din masa heterogenă a clasei I din şcoala generală, insuccesul şcolar recuperabil, ca funcţionalitate intelectuală fluctuantă sau scăzută de dezorganizarea mintală specifică deficienţei (handicapped child).

Sîntem de acord cu unii autori în ceea ce priveşte faptul că, inteligenţa, aşa cum reiese ea din teste, nu explică întotdeauna procesul învăţării şi uneori ne prevalăm de coeficientul de corelaţie între Q.I. şi performanţele la învăţătură — evaluate prin notare —, că testele sînt forme cuantificate ale cunoştinţelor şcolare şi corelează cu propriul lor conţinut. Noi dorim să adăugăm că performanţele şcolare sînt *mai* cuprinzătoare şi *mai* semnificative, atestînd că dincolo de ele o gamă de stări şi situaţii subiective îşi aduc aportul de necontestat în instalarea insuccesului şcolar.

Eficienţa obţinută ca urmare a acţiunii de recuperare se concretizează în rezultatele ce le vom prezenta mai jos şi în ameliorarea relaţională interindividuală la nivelul grupelor temporare şi a clasei de apartenenţă. Modelarea noilor posibilităţi de realizare a contactelor cu subiecţii de aceiaşi vîrstă precum şi de vîrste diferite, a devenit posibilă prin crearea unui climat afectiv-interrelaţional nou, cu efect înviorător asupra potenţialului intelectual al copilului.

Din grupul de recuperare al clasei I s-au desprins mai multe categorii în care se situiază subiecţii noştri :

a) normalizarea capacităţii de integrare la un număr de 28 elevi (din 93), recuperaţi total în cadrul acţiunii noastre, adică 30,10 % ;

b) al doilea nivel de recuperare a handicapului şcolar, plasînd o grupă de subiecţi în situaţia îmbunătăţită de corigenţă la un singur obiect (16) şi la două obiecte (28), în total 44, oferindu-le încă o şansă de reinserţie prin recuperarea anului şcolar în sesiunea de toamnă, 47,33 % ;

c) o ultimă categorie, ce cuprinde 21 subiecţi (din 93), al căror potenţial intelectual s-a dovedit mai greu recuperabil, cuprinzînd elevii *amînaţi*, întîrziaţi psihic, *plurirepetenţi*, logopaţi, cei cu encefalopatii şi post traumatice sau cu fenomene reziduale post encefalitice, recomandaţi pentru alte forme de învăţămînt, 22,58 %.

În clasa a II, din 34 elevi, rezultatele s-au soldat cu un număr de trei subiecţi cu eşec total, iar 31 subiecţi au fost recuperaţi prin integrarea lor în activitate instructivă corespunzătoare vîrstei cronologice şi şcolare.

La încheierea trim. III., care coincide cu finele anului şcolar, am realizat cîte 51 ore de activitate recuperatorie la fiecare grupă, ceea ce reprezintă 864 ore pe ansamblul claselor I.

Clasa a II a beneficiat de 48 ore raportate la o grupă, totalizînd la nivelul lotului 240 ore.

În sistemul nostru de învăţămînt există şi alte posibilităţi organizatorice de prevenire şi recuperare a handicapului psihic şi socio-cultural al copiilor handicapaţi şcolar, de exemplu : clase pregătitoare în cadrul şcolilor ajutătoare, clase de recuperare la nivelul învăţămîntului primar, activitate şcolară cu program prelungit semiinternat, grupe. De asemenea, se utilizează proba şcolii de masă pentru copiii — problemă în vederea valorificării resurselor latente în raport cu posibilităţile de care dispun şi au rămas nevalorificate, neactivizate ; aceia care provin dintr-un mediu familial nefavorabil socio-cultural şi educaţional. Proba şcolii de masă este indicată copiilor cuprinşi în evantaiul larg al întîrzierii în dezvoltarea psihică şi în efectuarea diagnosticului diferenţial la subiecţii a căror şcolarizare a suferit amînare, prin cauze de natură psihologică sau psihiatrică.

Clasele de recuperare cu un colectiv redus de elevi, în care instruirea capătă un caracter individualizat, s-au dovedit utile la nivelul şcolii generale, aşa cum arată rezultatele obţinute experimental în anul şcolar 1978—1979, la unităţile şcolare de referinţă.

DISARMONIA COGNITIVĂ ŞI EXIGENŢELE ÎNVĂŢĂMÎNTULUI ACTUAL

Eliza Ionescu, D. Ciumăgeanu, Dorina Feier, C. Lupu
— *Timişoara*

Problema şi obiectivele urmărite.

Termenul de „disarmonie cognitivă“ a fost utilizat pentru prima dată de B. GIBELLO în anul 1970, într-un studiu asupra inadaptării sociale a adolescenţilor. Autorul constată ca o caracteristică comună a populaţiei studiate „elaborarea disarmonică a gîndirii logice“. Ulterior, într-o serie de investigaţii, B. GIBELLO, pune în evidenţă disarmonia cognitivă la copiii şi adolescenţii cu un intelect normal însă în situaţia de eşec şcolar, profesional sau social.

Disarmonia cognitivă constă în ultima analiză în lipsa de omogenitate în organizarea raţionamentului : în unele sectoare ale cîmpului gîndirii se utilizează procedee de raţionament foarte elaborate, în timp ce în alte sectoare se folosesc procedee elementare iar uneori chiar arhaice. Autorul citat reuşeşte să diferenţieze semnificativ disarmonia cognitivă de structura cognitivă a debilului mintal precum şi de structura întîlnită în nevroze, unde în cîmpul cognitiv apar frecvent obsesii, fobii sau conversiuni, şi mai ales de modelele întîlnite în structurile psihotice.

Într-un studiu mai recent, B. GIBELLO arată că disarmonia cognitivă rezultă dintr-o serie de tulburări de tipul *disgnoziei, discroniei* şi *dispraxiei* care se pot asocia între ele în diferite modalităţi. Disarmonia cognitivă apare ca un obstacol în dezvoltarea funcţiilor intelectuale superioare iar sub aspectul socializării individului, îl împinge spre marginalitatea socială. Frecvenţa constatată de autor este de 50 % din cazurile de inadaptare şcolară.

Pornind de la cercetările lui G. GIBELLO, în ultimii trei ani, colectivul nostru a făcut o serie de observaţii clinice şi investigaţii în teren cu privire la copii şi adolescenţi care prezintă disarmonie cognitivă. Ne-a interesat în mod deosebit două probleme. În primul rînd una de ordin metodologic: să surprindem natura şi structura disarmoniei cognitive în testările clinice făcute cu ajutorul WISC-ului. Relevînd un număr de indici semnificativi pentru disarmonia cognitivă, indici care pot fi surprinşi în testarea nivelului mintal cu ajutorul WISC-ului — asigurăm o depistare precoce a copiilor care prezintă această particularitate.

A doua problemă care ne-a interesat a fost aceea a relaţiei dintre disarmonia cognitivă şi exigenţele învăţămîntului actual. Ce se întîmplă cu copiii care prezintă o disarmonie cognitivă în procesul de învăţămînt? Ce rezultate şcolare au şi care este statutul lor în grupul social al clasei? Ce tulburări de comportament prezintă şi care este gradul lor de adaptare la exigenţele formulate de învăţămîntul actual?

În comunicarea de faţă vom prezenta în mod succint rezultatele şi poziţiile adaptate de noi în legătură cu copii şi adolescenţi care prezintă disarmonie cognitivă.

I. *Date în legătură cu indicii semnificativi ai disarmoniei cognitive determinaţi cu ajutorul WISC-ului.*

Concepînd disarmonia cognitivă ca o lipsă de omogenitate a factorilor implicaţi în structura cogniţiei, ne-am propus să evidenţiem acei indici care sînt semnificativi pentru această structură, aşa cum apar ei în testarea inteligenţei cu ajutorul WISC-ului.

Pentru aceasta am investigat cu ajutorul WISC-ului un număr de 65 copii şi adolescenţi cu un intelect în limitele normale (QI 90—127) care au fost diagnosticaţi ca reprezentînd disarmonie cognitivă.

Primul aspect pe care l-am reţinut din această investigaţie a fost discrepanţa relativ mare dintre scara verbală (QIV) şi cea neverbală (QIP) cu toate că QI global se prezenta ca fiind în limitele normale.

Datele obţinute în legătură cu acest aspect pot fi urmărite în tabelul 1.

Tabel nr. 1

Relaţia dintre QIV şi QIP la subiecţii cu disarmonie cognitivă

număr subiecţi	QIV cu 10—14 pct.	QIP cu 15 şi peste	QIV cu 10—14 pct.	QIP cu 15 şi peste
65	16,90%	70,76%	7,69%	4,61%

Se constată că la 70,76% din subiecţii examinaţi de noi QIV est mai mare decît QIP cu peste 15 puncte.

Referindu-se la coeficientul de eroare care poate apărea în cazul calculării QI cu ajutorul WISC-ului, L. MOOR consideră că el este de 5,19 pentru scara verbală şi de 5,61 pentru scara de performanţă. De aceea, această autoare consideră că nu trebuie să insistăm asupra unei discordanţe între cei doi QI parţiali decît dacă abaterea este de peste 15 puncte.

Numai în acest caz putem să avem o certitudine. Pe de altă parte putem să adăugăm că 15 puncte corespunde în construcţia scării la o abatere tip.

Dacă adăugăm la această pondere şi subiecţii la care QIP QIV cu peste 15 puncte şi care reprezintă 4,61%, ajungem la constatarea că la peste 75% din subiecţii cu disarmonie cognitivă întîlnim o discrepanţă semnificativă între rezultatele la scara verbală comparativ cu cele obţinute la scara neverbală. Această discordanţă între cei doi QI parţiali se constituie ca unul dintre indicii semnificativi pentru disarmonia cognitivă.

În datele de mai sus există un grup de subiecţi la care nu întîlnim prezent indicele formulat. Astfel la 16,90 % din subiecţi QIV QIP cu numai 10—14 puncte, iar la 7,69 % QIP QIV cu acelaşi număr de puncte. Analizînd aceste cazuri ne-a surprins faptul că deşi diferenţa dintre QIV şi QIP nu îndeplinesc condiţia de a fi semnificativă, totuşi rezultatele la subtestele verbale şi de performanţă prezintă o caracteristică comună şi anume o dispersie mare a rezultatelor, oscilînd semnificativ de la media notelor standard obţinute. Această caracteristică a fost găsită la mai toţi subiecţii care prezentau disarmonie cognitivă.

Relevînd acest fapt ne-am pus întrebarea dacă nu cumva această caracteristică se constituie ca un alt indice semnificativ pentru grupul de copii investigaţi. În vederea formulării răspunsului la această întrebare prezentăm o serie de date în tabelul 2.

Tabel nr. 2

Frecvenţa oscilaţiilor de la media notelor standard obţinute la cele 2 scări WISC (în %)

Scara şi subtestele	note în jurul mediei	Frecvenţa oscilaţiilor de la media notelor standard			
		peste medie		sub medie	
		cu 2—3 pct.	cu 4 şi peste	cu 2—3 pct.	cu 4 şi peste
Scara verbală					
informaţii	10,77	3,07	1,54	41,53	43,07
comprehensiune	40,00	29,07	23,07	6,15	1,54
aritmetică	9,07	4,61	—	32,30	53,84
memorie cifre	46,15	32,30	13,84	7,69	—
analogii	15,38	4,61	3,07	40,00	36,90
Scara neverbală					
lacune	49,23	27,69	6,50	4,61	3,07
suită	23,07	6,15	1,54	47,69	21,53
cuburi	43,07	18,46	3,07	20,00	15,38
asamblări	46,15	24,60	6,15	10,77	12,30
cod	18,46	9,07	4,61	44,61	23,07

Din datele de mai sus reţinem că subiecţii care prezintă o disarmonie cognitivă obţin într-o proporţie mult mai mare note sub media notelor standard la următoarele subteste:

informaţii 41,53 %; 43,07 %
aritmetică 32,30 %; 53,84 %
analogii 40,00 %; 36,90 %
suită 47,69 %; 21,53 %
cod 44,61 %; 23,07 %

Performanţa scăzută la aceste subteste din WISC se constituie ca un indice semnificativ pentru subiecţii cu disarmonie cognitivă *chiar dacă diferenţa dintre QIV şi QIP nu este semnificativă.*

Pentru a facilita o analiză calitativă a structurii specifice a disarmoniei cognitive întîlnită la unii copii şi adolescenţi ne vom referi în continuare la factorii implicaţi în efectuarea subtestelor la care randamentul acestor subiecţi este mai slab.

O analiză psihologică a subtestelor cuprinse în WISC a făcut-o L. MOORE. S-a efectuat şi o analiză factorială a acestor subteste de către DAVIS şi GAULT care relevă existenţa a 10 factori. Pornind de la aceste date existente deja în literatura de specialitate noi ne-am propus să relevăm acei factori care se prezintă deficitari, în sensul că nu sînt la nivelul eficienţei celorlalţi factori din structura cognitivă a acestor subiecţi.

Primul factor pe care-l luăm în discuţie este legat de *capacitatea de a opera cu simbolurile* în general, cu simbolurile matematice în special. Acest factor este implicat direct în subtestele : aritmetică, analogii, suită şi cod.

Desigur că strîns legat de acest factor se leagă şi o *capacitate de învăţare* mai redusă mai ales atunci cînd învăţarea se referă la cunoştinţe care implică în subteste : informaţii, aritmetică şi cod. Alt factor se referă la *capacitatea de a raţiona*, de a judeca, de a compara, de a utiliza cunoştinţele asimilate şi experienţa acumulată în vederea tragerii unor concluzii în situaţii noi. Acest factor este implicat în subtestele : aritmetică, analogie, suită.

Un alt factor care se relevă ca fiind diminuat şi insuficient maturat la copii cu disarmonie cognitivă este *capacitatea de a se concentra* pe o sarcină care trebuie rezolvată total sau parţial pe plan mintal. Deşi spiritul de observaţie în plan real este relativ bine dezvoltat (rezultatele la proba de lacune sînt bune) deşi atenţia asupra unor stimuli verbali în relaţia de comunicare curentă este bună, totuşi atunci cînd subiecţii trebuie să-şi concentreze atenţia pe un obiect mintal ei reuşesc mult mai puţin.

În concluzie putem spune că WISC-ul ne permite să decelăm disarmonia cognitivă relevînd-o atît printr-o serie de indici cantitativi (diferenţa semnificativă dintre QIV şi QIP precum şi oscilaţiile notelor obţinute la subtestele celor două scări) cît şi printr-o serie de factori calitativi.

II. *Date cu privire la relaţia dintre disarmonia cognitivă şi exigenţele învăţămîntului actual.*

În această parte a comunicării noastre ne propunem să prezentăm unele date în legătură cu situaţia în procesul de învăţămînt a copiilor şi adolescenţilor care prezintă disarmonie cognitivă. În această direcţie noi am investigat un număr de 210 elevi din clasele V-VIII de la două şcoli generale din oraşul Timişoara. Lotul ales a fost studiat complex atît în şcoală cît şi în familie cu ajutorul unei baterii de instrumente ca : matricea progresivă Raven, chestionar de simptome, testul sociometric, precum şi un chestionar de anchetă socio-familială.

Pe baza datelor obţinute s-a încercat să se alcătuiască un profil psihologic al fiecăruia dintre cei 210 elevi examinaţi. Luînd în discuţie criteriul adaptare/inadaptare am constatat că 26 % din acest grup de elevi prezentau aspecte de inadaptare şcolară sub formă de eşec şcolar global sau electiv, tulburări nevrotice determinate de mediu familial nefavorabil, tulburări instrumentale, dificultăţi de adaptare în grupul social al clasei, tulburări de comportament.

Analizînd acest grup de elevi care prezentau aspecte de inadaptare şcolară am constatat că 50 % din ei, deşi aveau un intelect normal, totuşi prezentau o disarmonie cognitivă.

O analiză mai profundă a acestor cazuri indică grade diferite de *disgnozie*. Această dezvoltare defectuoasă a funcţiei semiotice, adică a posibilităţilor generale de reprezentare împiedică buna achiziţionare şi utilizarea corectă a simbolurilor grafice pentru litere şi cifre, în general, ceea ce explică de altfel şi sărăcia de limbaj aşa de des întîlnită.

Se pun în evidenţă şi elemente de *discronie*, incapacitatea de simbolizare a timpului, de reprezentare a persoanei proprii în spaţiu-timp imaginar, de fixare cronologică a evenimentelor şi duratelor.

Asociate sau nu cu tulburări *dispraxice* tulburările menţionate, chiar cînd nu ating grade mari, determină particularităţi în elaborarea „eului" a personalităţii. Se constată că disarmonia cognitivă ce rezultă din aceste tulburări este un obstacol în dezvoltarea funcţiilor intelectuale superioare şi aşa cum arată datele noastre, sub aspectul socializării individului, împinge spre marginalitate socială.

Adaptarea la grupul social al clasei a acestor cazuri, investigată cu testul sociometric, arată că jumătate din ei sînt respinşi, un sfert au statut de ambivalenţă şi doar un sfert prezintă un statut pozitiv. Analizînd statutele pozitive am constatat că în mai multe cazuri statutele sînt aparent pozitive, deoarece ele reprezintă preferinţe plecate din interiorul aceluiaş grup de copii cu disarmonie cognitivă.

Investigarea familiilor copiilor din grupul de care ne preocupăm arată timp insuficient acordat copiilor, instrucţie parentală insuficientă, absenţa unui părinte sau climat familial tensionat de conflicte permanente care întăresc dorinţa copiilor de a evada din mediul familial.

Investigarea mediului familial ne permite să formulăm ipoteza că etiologic disarmonia cognitivă este legată în primul rînd de deficienţe timpurii şi continue ale factorilor culturali şi socio-economici, de tulburări ale capacităţii şi posibilităţilor de transmitere a moştenirii culturale, deficienţe şi tulburări care apar începînd de la vîrsta mică. Disarmonia cognitivă este o structurare în planul cogniţiei a influenţelor acestor factori familiali care acţionează tot timpul dezvoltării copiilor şi adolescenţilor examinaţi.

In faţa exigenţelor şi ritmului procesului de învăţămînt copiii şi adolescenţii care prezintă disarmonie cognitivă se prezintă cu un tip specific de handicap care influenţează comportamentul şcolar atît în ceea ce priveşte randamentul cît şi în aspectele principale ale integrării socio-şcolare.

Investigarea complexă a acestor copii şi mai ales găsirea unor soluţii de tratare a lor în procesul de învăţămînt reprezintă o direcţie nouă a psihiatriei infantile care se implică tot mai mult în aspectele sociale ale dezvoltării copilului.

DISLEXIA-DISGRAFIA, APTITUDINEA ŞI DETERMINANTELE DEZVOLTĂRII FUNCŢIEI

Eliza Ionescu, Iudith Matolcsi, N. Iordache, Victoria Gulyas

— *Timişoara*

Scris-cititul este mai mult decît o funcţie care se construieşte în timp pe o aptitudine care la rîndul ei se bazează, rezultă, la vîrsta de 3—6 ani din maturarea şi integrarea de factori intelectuali, psihosenzoriali şi psihomotorii. Scris-cititul reprezintă o creaţie umană la care nu se poate ajunge decît în mod intenţionat, cu o motivaţie bine conturată.

Studiul eşecului în dobîndirea scris-cititului (disgrafia-dislexia) ne-a condus la date care din perspectiva patologică confirmau, erau elocvente pentru importanţa factorilor psihologici implicaţi în ce denumim aptitudine.

Subiecţii studiaţi : 171 elevi ce alcătuiau 3 grupe egale din cl. II, III, IV şcoala de masă, toţi dintr-un cartier nou din Timişoara cu structură materială şi socială remarcabil de omogenă deoarece, în locuinţe tip sînt familii, majoritatea recent urbanizate, majoritatea cu acelaş nivel socio-cultural (capul familiei cu şcolarizare medie profesională).

Iniţial s-au stabilit 2 repere importante :

a. Ce înseamnă pentru fiecare clasă nivel lexicografic normal. (Scara Standard cu 9 stanine a stabilit nivelul prin comparaţie între ei a conştienţilor grupului care trecuseră prin probe specifice de lexigrafie).

b. Ce sens acordăm termenului dislexie-disgrafie specifică şi termenului dislexie-disgrafie nespecifică. (Am numit dislexie-disgrafie nespecifică aceea care are la bază un substrat anatomic lezat, leziuni difuze cerebrale ce interferează atît cu elaborarea gîndirii abstracte cît şi cu elaborarea funcţiilor instrumentale care condiţionează aptitudinea la scris).

În genere dislexiilor specifice nu le corespund leziuni cerebrale cunoscute, deşi, nu în toate cazurile se pot decela factorii condiţionali sau de mediu ce le determină. Defectul de inteligenţă asociat dislexiei nespecifice a format criteriul de separare între cele 2 tipuri. (A fost utilizată scara metrică Dearborn, intelectele cotate sub 90, din zona 70—89 fiind socotite insuficient cu exigenţele intelectuale ale clasei şi definind ca nespecifică eventuala dislexie).

Ce rezultate s-au degajat din investigaţie ?

I. Circa 17%, adică 29 din 171 elevi în cl. III şi IV aveau o insuficienţă intelectuală de gradul liminar, frontieră către oligo I. Dar din aceşti 29 copii 60 % nu aveau deficienţe la scris şi la analiza lexicală. Au apărut 2 întrebări obligatorii :

— care era la cei 29 structura factorilor aptitudinii citit-scris şi a altor factori din personalitate ?

— care era valoarea factorilor familiali socio-culturali în cazul lor ?

Cei 39 pe lîngă defect mintal aveau, toţi, defecte de structurare temporo-spaţială, schemă corporală defectuos elaborată. Unii erau dislalici, alţii aveau stîngăcie contrariată.

Toţi aveau dificultăţi la calcul mintal, unii au instabilitate psihomotorie organică. Dar, dintre ei, cei 60% care cu deficienţele menţionate totuşi reuşiseră performanţa citit-scris în grad mediu aveau cealaltă serie de factori, cei familiali, socio-culturali cu valoare pozitivă. Anchetele socio-familiale relevau că unul sau ambii părinţi se ocupau intens erau capabili pedagogic şi intelectual să aplice o pedagogie suplimentară şcolii, să inspire copiilor lor deficitari, o motivaţie puternică sau măcar o acceptare liberă sau forţată a efortului suplimentar pentru a obţine scris-cititul acceptabil. Se depăşea astfel handicapul intelectual din zona 16—89 (scara Deaborn) şi celelalte deficite asociate.

Era evident de asemenea că la 2/3 dintre aceşti copii supuşi antrenamentului suplimentar au apărut tulburări neurotice diferite sau tulburări de comportament.

Sociograma grupului arăta că tocmai aceste tulburări nu-i făcea agreaţi de colegi, în general aveau un statut negativ.

Restul de 40% din cei 29 copii, cei care prezentau pe lîngă deficienţele amintite şi o dislexie nespecifică ; Foarte semnificativ, faptul era corelat şi cu factori familiali, socio-culturali neprielnici. Investigarea familiilor arăta că acestea prezentau incapacitate educativă, nivele de instrucţie scăzută, lipsă de motivaţie, chiar pentru cultură elementară, lipsă de timp sau de interes şi afecţiune pentru copilul lor.

◆

II. Din cei 171 investigaţi, 142 copii aveau intelect normal. Dintre copiii normali, 21% (29 copii) aveau deficienţe în achiziţia lexiei şi grafiei, la nivelul cerut.

Dacă 40% dintre copii cu deficitul intelectual de graniţă aveau dislexie-disgrafie (nespecifică), dintre copiii cu intelect normal numai 21% (31 copii), aveau deficienţe în achiziţia lexiei şi grafiei, specifică în comparaţie, cei 40% dintre copiii cu deficitul intelectual de graniţă care aveau dislexie-disgrafie (nespecifică).

Un grup avea turburarea mixtă, dar cei mai mulţi, circa 80% dintre aceştia aveau fie numai dislexie, fie numai disgrafie.

Dar toţi aveau o reprezentare spaţială deficitară, o integrare vizuo-motrică insuficientă, mai mult de 2/3 dintre ei aveau o lateralitate rău precizată, la toţi exista o nerespectare a ritmului impus, defecte de încadrare în timp, la mulţi existau tulburări de schemă corporală. Timizi, cu o emotivitate rău controlată, aproape toţi aveau socio-metric un statut negativ. Cei ce aveau numai un deficit de grafie apăreau mai puţin emotivi, dar ei aveau o inabilitate gestuală, o incapacitate de concentrare pentru activitate manuală, aveau deci caracteristici principale ale instabililor psihomotori.

Defectul de reprezentare spaţială şi temporală existent la toţi cei din lotul examinat de noi este un factor deosebit de nocivitate specifică.

Acolo unde el este depistat la copii cu intelect normal, înainte de vîrsta scris-cititului, după CHILAND, el ar avea o *valoare predictivă* importantă. Cu cît el este mai contrastant cu nivelul bun de inteligență se pare că cu atît vor fi mai mari dificultățile la scris-citit.

Noțiunea de *factor cu valoare predictivă* a fost investigată și în domeniul elaborării limbajului ANNE MASON remarcă frecvența tulburărilor de limbaj la dislexici-disgrafici. La vîrsta lor (între 7 și 11 ani) cazurile noastre aveau un limbaj bine format și utilizat, dar nu aveau date precise despre cum s-au desfășurat etapele sale de evoluție.

Pentru copilul care trebuie să înceapă studiul scris-cititului existența deficitului de reprezentare spațio-temporală și a deficitului de limbaj constituie un *factor de fragilitate*.

Analizînd etiologic acest factor de fragilitate este posibil să fie constituit de cauze organice, vulnerabilitatea creierului infantil în primii ani de viață este tot atît de mare pe cît de mare este numărul traumelor organice posibile, care dacă sînt restrînse, nu trebuie să dea obligator și defect de inteligență. Dar mai ales condițiile de mediu nepropice sînt acelea care nu stimulează dezvoltarea limbajului și dezvoltarea funcțiilor instrumentale, ca reprezentarea spațio-temporală sau reprezentarea schemei corporale, defecte de bază și ale cazurilor examinate de noi.

Dacă există o carență a stimulilor specifici din mediu, dezvoltarea acestor funcții se face insuficient, cu defecte.

Deci în constituirea acestor *indici de fragilitate* în afara unor leziuni, nedetectabile de cele mai multe ori, importantă este intervenția factorilor de mediu nocivi. Pentru constituirea fragilității, intervenția factorilor nocivi este mult mai veche decît vremea cînd copilul începe studiul scris-cititului. Acești factori înlăturați chiar, efectele lor pot persista încă. Este evident că elementele de fragilitate prin factori de mediu *își au originea în primii ani de viață. Ele nu permit dezvoltarea unei aptitudini suficiente* pentru învățarea scris-cititului.

Este vorba, astfel, de un handicap pentru activitatea lexico-grafică constituit în vremea cînd se dezvoltă, în mod normal, limbajul și apoi integrarea spațială.

Revenind la vîrsta învățării citit-scrisului, studiul nostru a evidențiat în mediul de existență al copiilor dislexici o serie de situații perturbante actuale, de natură diferită, care nu permit recuperarea deficiențelor mai mici sau mai mari, deja constituite și nu permit nici înlăturarea acelor indici de fragilitate amintite. Copilul nu reușește în performanțele cerute și față de progresul rapid al colegilor; este tot mai evident dezavantajat de handicapul său, de constituirea și uneori menținerea chiar în clase mari a dislexiei.

Anchetele socio-familiale și în cazul copiilor dislexici, cu intelect normal, țînteau să evidențieze atît eventuale carențe ale mediului natural, dar mai ales aspectele mediului psihologic, valoarea socio-culturală a familiilor.

Au apărut și în cazul lor date semnificative. Într-o proporție de 70% familiile lor aveau particularități nocive, ușor detectabile. Au apărut mai multe aspecte, toate demonstrînd lipsa de implicare a părinților în activitatea de instruire a copiilor lor:

— fie în cîteva situații, ambii părinți fiind angajați, creșteau singuri 3—4 copii și erau prea ocupați ca să mai consacre timp suplimentar elevului cercetat de noi;

— fie, în alte situații, mai numeroase decît primele, părinții erau intens preocupați de conflictele dintre ei — datorită alcoolismului patern — și nu mai aveau disponibilitatea (nu mai puteau oferi „rația afectivă" necesară) și nu aveau nici interes suficient pentru munca școlară a copiilor, pentru dificultățile lor, care cereau timp, solicitudine, răbdare pentru a fi corectate;

— fie, în cîteva cazuri, chiar cura de reeducare în L.S.M. nu avea sprijinul părinților, excludea un ajutor eficace sau oferirea unei motivații suficiente pentru efortul școlar (cu excepția acestor din urmă cazuri, gradul de instrucție al părinților era mediu în proporție de peste 80%. Investigația s-a făcut în clasele unei școli dintr-un cartier locuit, în majoritate covîrșitoare, de muncitori cu școală medie profesională). Apărea evident că aceste familii nu puteau să contribuie la recuperarea deficiențelor în activitatea lexico-grafică a copiilor lor și la corectarea indicilor de fragilitate amintiți.

În discutarea factorilor nocivi ar trebui menționată și o situație care, pe lîngă analiza psihiatrică, ar trebui să fie apreciată și printr-o analiză de pură pedagogie. Este vorba de condițiile școlare ale învățării citit-scrisului. Aglomerarea claselor cercetate de noi (30—36 elevi în fiecare dintre ele) pedagogia prea puțin diferențiată ne-au apărut ca fiind la un punct critic, deoarece din lipsă de timp, din imposibilitatea de a se preocupa de fiecare elev în parte, școala nu mai poate asigura, în proporții statistice rezonabile, dezvoltarea normală a scris-cititului și la copiii care încep studiul cu un oarecare handicap.

Această ultimă condiție dezavantajantă face ca fiecare caz de dislexie-disgrafie să aibă o cauzalitate complexă și deși handicapul este același să aibă și o evoluție proprie.

În această privință cel mai bun element de analiză este relația dintre eșecul la scris-citit și restul activității școlare.

Eșecul școlar este electiv, limitat numai la scris-citit, gramatică numai la 30% din cazuri. Corelația cu ancheta familială ne-a arătat că părinții lor reprezentau minoritatea celor care făceau eforturi să-și ajute copilul, mizînd pe intelectul bun, pe atenție, pe memoria auditivă bine antrenată. Restul de 80% aveau un eșec mult mai întins, cuprinzînd și alte domenii de studiu, aveau în plus tulburări de comportament cu mult mai mari decît primii. Erau oarecum lăsați să-și descurce singuri problemele. Rezultatele erau în general proaste, notațiile erau rele la toate materiile.

Inadaptarea lor școlară este evidențiată nu numai de notațiile școlare, dar și de relația cu grupul din clasă, unde cei mai mulți au un statut negativ.

Statutul social negativ aduce în discuţie modul în care se structurează personalitatea copiilor cu handicapul creat de dislexie-disgrafic. Desigur că necorectat el lasă o amprentă pe întreaga personalitate. În acest sens sînt de menţionat, consecutiv unei retrospective statistice din cazuistica serviciului nostru foarte ample modificări comportamentale la adolescenţă, multe cu caracter antisocial, uneori delicvenţi.

PROBLEME ALE ADAPTĂRII SOCIO-ŞCOLARE LA COPIII CU TULBURĂRI INSTRUMENTALE

D. Ciumăgeanu, N. Iordache, Victoria Gulyas
— *Timişoara*

Deşi majoritatea autorilor care se ocupă cu tulburările instrumentale la copil, recunosc şi susţin că aceste tulburări au consecinţe importante asupra dezvoltării intelectuale şi afective a elevilor, asupra comportamentului lor, totuşi cercetările în această direcţie sînt puţine şi incidentale.

Putem spune că problema consecinţelor, a influenţelor pe care le exercită tulburările instrumentale asupra personalităţii copiilor, asupra comportamentului lor, este încă puţin elucidată şi tratată în literatura de specialitate.

Urmărind relaţia dintre tulburările instrumentale şi tulburările de comportament ca formă a inadaptării socio-şcolare, lucrarea de faţă îşi propune o investigaţie la două nivele ; în primul rînd la nivelul claselor I—IV, adică acolo unde se structurează tulburările instrumentale şi în al doilea rînd la nivelul claselor V—VIII într-o şcoală de reeducare acolo unde tulburările de comportament apar pe primul plan — făcînd necesară internarea într-o astfel de şcoală.

La ambele nivele ne-a interesat să surprindem frecvenţa tulburărilor instrumentale şi legat de acestea prezenţa tulburărilor de comportament.

Pentru investigarea nivelului citirii am utilizat o probă leximetrică elaborată şi etalonată de unul din autori.

Pentru investigarea nivelului deprinderilor de scriere am utilizat două serii de probe : a) dictarea şi b) scrierea din memorie a unei strofe dintr-o poezie învăţată. Aceste probe s-au dovedit suficiente pentru a depista disgrafiile şi disortografiile.

În vederea decelării tulburărilor de comportament, la clasele I—IV am aplicat un chestionar de simptome precum şi testul sociometric. Pentru elevii din şcoala de reeducare am studiat piesele de la dosarul personal cu care au fost internaţi la acest tip de şcoală.

Din clasele I—IV ale şcolii generale au fost examinaţi un număr de 174 elevi.

Din clasele V—VIII ale Şcolii de reeducare Işalniţa au fost examinaţi un număr de 300 elevi. Motivele internării în şcoala de reeducare sînt în general aceleaşi pentru toţi elevii ; fugă, vagabondaj, acte huliganice, furt, minciună, impulsivitate, agresivitate şi eşec şcolar.

a) Frecvenţa dislexiei-disgrafiei la elevii din clasele I—IV.

Din totalul de 174 elevi examinaţi, 25 au prezentat tulburări de tip dislexic-disgrafic de diferite grade, ceea ce reprezintă procentual 20,21%.

Din aceşti elevi care prezentau tulburări instrumentale s-a constatat că 20, adică 80% prezentau o serie de stări reactive, instabilitate psiho-motorie, negativism, impulsivitate, agresivitate, fugă de la şcoală şi aveau în majoritatea cazurilor un statut socio-şcolar negativ, zero sau ambivalent.

Aceste date ne permit să formulăm constatarea că tulburările instrumentale (dislexie-disgrafie) care apar şi se structurează în primele clase ale ciclului primar determină la început o serie de stări negative, de comportament de apărare şi stări obsesivo-fobice care se structurează la nivelul personalităţii şi favorizează şi determină ulterior apariţia unor conduite deviante.

La început, inadaptarea apare în activitatea şcolară, în momentul în care este sesizată şi familia şi devine o inadaptare socio-şcolară şi familială.

b) Frecvenţa dislexiei — disgrafiei la elevii din clasele V—VIII ale Şcolii de reeducare

Din totalul de 200 de elevi examinaţi, 169 au prezentat tulburări instrumentale grave. În acest grup de copii cu tulburări de comportament mari proporţia dislexiilor-disgrafiilor se ridică la 84,50%. Proporţia este foarte mare dacă raportăm la frecvenţa întîlnită în cl. I—IV ale Şcolii generale (20,21%).

În legătură cu această proporţie, formulăm trei ipoteze. În primul rînd, tulburările instrumentale sînt determinate de factori independenţi de tulburarea de comportament şi incidenţa dintre cele două tulburări este întîmplătoare. Proporţia mare a incidenţei ne permite să acordăm o încredere mică acestei ipoteze.

A doua ipoteză care poate fi formulată este aceea că există cauze comune care acţionează şi determină atît tulburările instrumentale cît şi tulburările de comportament. Această ipoteză apare în bună parte valabilă şi o serie de cercetări medicale vin şi o confirmă.

Putem formula însă şi o altă ipoteză ; în anumite cazuri şi în multe condiţii tulburările instrumentale pot să se găsească în nucleul de factori etiologici care determină tulburările de comportament. Problema poate fi pusă şi invers ; prezenţa unor tulburări de comportament în mica copilărie, tulburări şi carenţe afective, pot să determine dislexie şi disgrafie.

Faptele investigaţiei noastre vin şi confirmă din plin această a treia ipoteză, fără să nege şi să confirme pe celelalte două.

Datele noastre ne arată că marea majoritate a subiecților devin comportamentali, copii problemă, după începerea școlarizării. Aceasta ne îndreptățește să presupunem și să căutăm factorii determinanți în primul rînd în activitatea școlară. Esențialul activității școlare în primele clase îl constituie formarea deprinderilor de citire, scriere și calcul — adică a unor funcții instrumentale.

Existența unor perturbări, a unor dificultăți, apariția unor eșecuri în constituirea acestor factori instrumentali, se reflectă și se structurează în personalitatea încă fragilă a copilului creînd încetul cu încetul tensiuni și conflicte. Declararea unui conflict deschis între copil și școală, conflict în care cadrele didactice își au partea lor de „contribuție" este momentul în care tulburarea de comportament apare manifestă. Copilul încearcă tot felul de soluții pentru „a face față" conflictului, pentru a rezolva sau evita conflictul. Gama manifestărilor comportamentale este variată și se lărgește în permanență prin apariția a noi reacții. De la instabilitate, neatenție, opoziție, încăpățînare, impulsivitate, agresivitate. la pasivitate, mutism electiv, reacție de demisie, turbulență, obrăznicie, pînă la fuga de școală și minciună.

Conflictul se amplifică și se adîncește. Învățătorul cheamă la ordine familia. Aceștia, de cele mai multe ori, și mai neavizați decît cadrele didactice, iau o serie de măsuri „energice", de la bătaie pînă la frustrarea de o serie de „plăceri". Conflictul se lărgește și cuprinde în sfera de acțiune și familia. Copilul se găsește într-o „luptă" surdă atît cu școala cît și cu familia. Acum sînt prezente toate condițiile pentru ca tulburarea de comportament să se structureze și să devină o manifestare constantă a copilului.

Acest model posibil se dovedește a fi cel mai aproape de realitate.

ADAPTAREA ȘI INTEGRAREA SOCIO-PROFESIONALA A ABSOLVENȚILOR ȘCOLII AJUTĂTOARE

Eliza Ionescu, D. Ciumăgeanu, P. Arcan, A. Icleanu, A. Câmpeanu

— *Timișoara*

Comunicarea de față își propune să răspundă la întrebarea : cum se adaptează și se integrează în viața profesională și socială absolvenții Școlii Ajutătoare.

Răspunsul acesta reprezintă de fapt criteriul obiectiv după care putem să judecăm eficiența muncii desfășurate în această instituție.

Răspunsul are însă și o altă importanță : el ne poate indica direcțiile în care trebuie să acționăm în vederea facilitării și perfecționării adaptabilității și integrării socio-profesionale a debililor mintali.

Formularea răspunsului necesită un număr mare de informații, variate ca și conținut și diverse ca și surse.

Am întîmpinat încă de la începutul demersului nostru dificultăți însemnate. După absolvirea Școlii Ajutătoare nu există un sistem instituționalizat de urmărire, îndrumare și ajutor socio-profesional al debilului mintal. În continuare, ei sînt manevrați numai de familie. Datorită acestui fapt, informațiile sînt greu de obținut, nefiind sintetizate de nimeni.

Lipsește o verigă specială din sistemul instituțiilor care se ocupă de debilul mintal, verigă care să țină o evidență clară a adulților handicapați care sînt integrați în producție.

Pentru adunarea informațiilor necesare formulării unui răspuns la întrebarea pusă, am organizat împreună cu conducerea Școlii Ajutătoare din Timișoara o întîlnire cu absolvenții școlii din perioada 1970—1975.

La apelul școlii, din 85 de absolvenți s-au prezentat 51 adică 60 %. Întîlnirea a avut un cadru festiv și unul de lucru. În cadrul întîlnirii s-a stat de vorbă cu fiecare absolvent în parte, pe baza unui chestionar dinainte stabilit. Ne-a interesat ce drum au urmat imediat după terminarea școlii, cum s-au calificat, unde și în ce meserie lucrează, ce retribuție primesc, ruta profesională, adaptarea la locul de muncă, planuri de viitor, încadrarea socială, unde și cu cine locuiesc, dacă sînt căsătoriți sau nu, ce fac în timpul liber etc.

În comunicarea de față nu vom prezenta decît o parte din datele adunate în această investigație.

a) *Drumul urmat după absolvire*

Primul aspect pe care-l vom analiza se referă la drumul urmat de debilul mintal imediat după absolvirea Școlii Ajutătoare. Datele obținute în investigația noastră pot fi urmărite în tabelul I.

Tabel nr. 1

Date în legătură cu drumul urmat după absolvirea școlii

Nr. absolvenți analizați	Drumul urmat după absolvire (%)				
	Școala profesională specială	Calificarea la locul de muncă	Direct în producție (muncă necalif.)	Reținuți în familie	Alte situații
51	35,29%	35,29%	15,68%	9,80	3,92%

Constatăm că numai 35,29 % din absolvenții Școlii Ajutătoare chestionați au urmat o Școală profesională specială. Proporția este mică și sub așteptările noastre. Aceasta înseamnă că numai o treime din absolvenți urmează o instituție specială de pregătire profesională.

O altă treime (35,29 %) sînt orientați și îndrumați de familii spre o calificare la locul de muncă la una din întreprinderile din județul nostru. Și acest fapt a surprins, atît prin proporţie cît şi prin operativitatea soluţiilor.

În primii ani de viaţă, copilul debil mintal este considerat de familie ca „bolnav“ şi este dus la instituţiile medicale. După orientarea spre Şcoala Ajutătoare, familiile îşi descarcă şi responsabilităţile educative transferîndu-le aproape în întregime şcolii. După absolvire familia îşi schimbă optica şi vede în copilul lor un tînăr apt de muncă ; manevrarea lui este făcută în întregime şi în exclusivitate de familie. Ea este aceea care hotărăşte dacă absolventul merge la Şcoala profesională specială, la calificarea la locul de muncă sau direct în producţie, într-o muncă necalificată (15,68 %).

Sînt cazuri în care familiile opresc absolvenţii pentru a ajuta la muncile din gospodărie (9,80 %). În cele 5 cazuri întîlnite este vorba numai de fete.

Am întîlnit şi cazuri în care, tot sub influenţa familiei, absolvenţii îşi completează şcolarizarea trecînd spre un învăţămînt normal. Este vorba de o fată care urmează liceul agro-industrial dintr-o comună unde tata este inginer agronom şi profesor la şcoala respectivă.

b) *Meseriile în care s-au calificat şi lucrează*

Paleta acestor meserii se dovedeşte a fi mult mai largă decît ceea ce prin tradiţie se preconizează : de la patiser, bucătar, brutar, la ţesătoare de covoare, tîmplar, plăpumar, lustruitor mobile, lăcătuş, strungar, instalator sanitar, instalator încălzire centrală, vopsitor, frezor, sudor, sortator, etc.

În literatura de specialitate se militează uneori spre orientarea debililor mintali spre agricultură şi spre muncile meşteşugăreşti.

Dezvoltarea socială arată că aceste două căi nu sînt cele mai potrivite. Dezvoltarea agriculturii merge spre o mecanizare accelerată. Aceasta înseamnă că asistăm de fapt la o restrîngere a muncilor care necesită o calificare minimă.

Nici muncile meşteşugăreşti nu se dovedesc a fi o cale potrivită. Pentru a rezista unei producţii din ce în ce mai mecanizate şi automatizate, munca meşteşugărească necesită „calităţi de invenţie, de creativitate artistică, de originalitate şi dinamism“ de care debilii mintali sînt de cele mai multe ori lipsiţi.

Care este ieşirea din această situaţie ? Ieşirea ne-o indică familiile absolvenţilor care lucrînd în diferite întreprinderi au găsit loc şi pentru copiii lor.

În adevăr, dacă vizităm orice întreprindere vom constata că există un număr mare de locuri de muncă unde ar putea să lucreze debilii mintali. Numai că aceste locuri trebuie depistate, cunoscute şi utilizate în orientarea profesională a debililor mintali. Şcoala ajutătoare şi familiile elevilor trebuie să se intereseze din timp şi să cunoască posibilităţile de plasare a viitorilor absolvenţi.

c) *Stabilitatea/fluctuaţia.*

Din cei 46 de absolvenţi încadraţi în producţie 42, adică 91,30 %, nu au schimbat pînă acum locul de muncă ocupat. Aceasta înseamnă că debilii mintali integraţi în producţie prezintă o stabilitate optimă. Stabilitatea se dovedeşte a fi unul dintre indicii principali ai integrării profesionale. Fluctuaţia este mică, iar acolo unde există este mai întotdeauna bine motivată.

d) *Retribuţia.*

Retribuţia lunară este unul din indicatorii importanţi ai integrării socio-profesionale a absolvenţilor Şcolii Ajutătoare.

Dăm mai jos principalele date la grupul investigat :

Tabelul nr. 2

Retribuţia lunară

Absolv. încadrat în muncă	Repartizare în funcţie de salar			
	1400—1500	1501—1800	1801—2000	peste 2000
46	13/ 28,25%	16/ 34,78%	6/ 13,04%	11/ 23,91%

Din datele noastre reiese că numai 28,25 % din absolvenţii Şcolii Ajutătoare care lucrează primesc o retribuţie sub 1500 lei, 34,78 % primesc o retribuţie între 1 501—1 800 lei — iar restul care de fapt este peste o treime primesc o retribuţie peste 1 800 lei, ajungînd chiar la 2 000—3 500 lei.

e) *Gradul integrării socio-profesionale.*

Criteriile după care am judecat integrarea socio-profesională pentru fiecare absolvent au fost multiple. Pe lîngă calificare, stabilitate, retribuţie, am luat în considerare faptul dacă locuieşte cu părinţii sau singur, dacă s-a căsătorit sau aspiră la căsătorie, dacă s-a încadrat în organizaţiile de masă şi de tineret, cum îşi petrece timpul liber, dacă este preocupat pentru a se îmbrăca, dacă are şi utilizează magnetofon, casetofon, radioul, televizorul, etc.

Utilizînd aceste criterii am stabilit trei grupe de integrare socială :

a). integrare socio- profesională la nivelul normalilor, considerînd-o ca fiind foarte bună.

b). integrare socio-profesională relativ bună, care necesită încă asistenţă din partea familiei.

c). integrarea socio-profesională scăzută, care necesită o conducere şi îndrumare din partea familiei.

Datele pot fi urmărite în tabelul 3.

Tabelul nr. 3

Gradul integrării socio-profesionale

Nr. absolvenţi	Clasificarea după gradul integrării (%)		
	la nivel f. bun I.	integrare bună II.	integrare socio-prof. scăzută III.
51	54,90%	35,29%	9,80%

Constatăm că 54,90 % din absolvenţii Şcolii Ajutătoare prezintă o integrare socio-profesională la un nivel foarte bun, asemănător şi în multe privinţe egal cu cel întîlnit la normali.

35,29% din absolvenţii integraţi sînt însă sub supravegherea părinţilor şi într-un fel sau altul, în luarea unor hotărîri sînt influenţaţi şi conduşi de familie.

9,80 % prezintă o asistenţă permanentă din partea familiei ei rămînînd să fie utilizaţi în muncile gospodăreşti. Este vorba, cum am arătat, numai de fete.

Faptul cel mai general pe care-l desprindem din investigaţia noastră este un fapt optimist : absolvenţii Şcolii Ajutătoare găsesc de lucru, reuşesc să se califice în profesii foarte variate, primesc o retribuţie satisfăcătoare şi mai mult de jumătate din ei se integrează socio-profesional la nivelul normalilor, avînd o stabilitate profesională bună, fluctuînd puţin.

Datele raportate de noi demonstrează că debilii mintali au resurse de adaptabilitate socio-profesională care depăşesc posibilităţile lor intelectuale, posibilităţi care au făcut din ei, la vîrsta şcolară nişte handicapaţi.

Faptele constatate de noi ne demonstrează că este absolut necesară transformarea radicală a modului de a concepe poziţia de adult a debilului mintal. Investigaţiile viitoare trebuie să se orienteze nu înspre ceea ce nu pot face debilii mintali ci spre stabilirea a ceea ce sînt ei capabili să facă. Numai în felul acesta vom lărgi şi mai mult evantaiul calificării şi condiţiile favorabile pentru o integrare socio-profesională optimă.

Avînd în vedere că întreaga integrare socio-profesională este manevrată de către familie, este absolut necesar să se acorde din timp asistenţa tehnică şi ajutorul competent familiei pentru a realiza o integrare reală a debililor mintali.

Considerăm că Şcoala Ajutătoare ca instituţie specializată în vederea instruirii şi educării debililor mintali trebuie să-şi îmbunătăţească tehnologiile didactice pornind de la integarea problemelor multiple pe care le ridică integrarea socio-profesională a debililor mintali.

FENOMENE PSIHICE COMPENSATORII RELEVATE PRIN TESTUL LÜCHER LA BOLNAVII PSIHICI DUPĂ T.C.C.

Valeria Savu
— Bucureşti

Testul culorii („Color Test") elaborat de Lücher cu peste 20 de ani în urmă, se bucură de o largă popularitate actuală în diverse domenii ale psihologiei aplicate, dar mai cu seamă în psihologia clinică şi patologică.

Plecînd de la diferenţierea dintre „structura" culorii — care implică o semnificaţie obiectivă şi constantă — „şi „funcţia" culorii — care corespunde atitudinii subiective individuale faţă de o anumită culoare —, se consideră că acceptarea sau refuzul anumitor culori este strîns legată de particularităţile reactivităţii primare a individului şi corespunde în esenţă dinamicii trebuinţelor sale psihice fundamentale.

Tipul rezonanţei afective a diverselor culori rezultat din ordinea clasificării (în raport cu preferinţele) şi asocierea acestora, poate furniza indicaţii psihodiagnostice utile, deoarece dereglarea semnificativă a reacţiilor emoţionale faţă de culoare, este în mod frecvent legată de trăirea tensională a unor situaţii stressant-conflictuale şi de perturbarea echilibrului psihic optim şi a adaptării.

Indicatorul discriminativ principal pentru depistarea şi evaluarea gradului de perturbare a echilibrului psihic este dat de modificarea, în scara preferinţelor, a raportului între culorile primare (1 — albastru ; 2 — verde ; 3 — roşu ; 4 — galben) şi cele secundare (5 mov ; 6 — maron ; 7 — negru ; 0 — gri).

In mod normal, culorile primare se situează frecvent în prima jumătate a seriei de culori date spre alegere (varianta scurtă = 8 culori = 8 poziţii), această plasare fiind expresia prezenţei unor trebuinţe psihice primare care-şi găsesc satisfacerea în cadrul relaţiilor de coechilibrare şi integrare optimă în mediul ambiant.

Trei dintre culorile primare (roşu, verde, galben) sînt considerate ca reprezentînd „grupul — muncă", adică indicînd „capacitatea individului de a menţine un optimum de eficienţă în timp", ca rezultat al interacţiunii armonioase dintre : trebuinţa fundamentală de acţiune şi dorinţa de succes şi eficienţă ; perseverenţa în ciuda dificultăţilor în scopul creşterii aprecierii de sine şi satisfacerii trebuinţei de afirmare ; capacitatea de a aspira, proiecta şi năzui spre rezultatele acţiunilor viitoare, cu încadrare şi optimism.

Respingerea culorilor primare pe ultimile locuri ale clasificării propuse (poziţia VI—VIII) relevă insatisfacerea trebuinţelor fundamentale corespunzătoare şi din acest motiv, constituie surse de tensiune intrapsihică care generează anxietate, gradul anxietăţii rezultate fiind direct proporţional cu distanţa faţă de primele poziţii ale clasificării, şi deci maxim în poziţia VIII.

Aceste surse de stress generatoare de anxietate, conştientizate sau nu, conduc prin intermediul mecanismelor psihice de apărare, la găsirea unor tipuri de comportamente compensatorii care au ca scop descărcarea indirectă, deviată a tensiunii intrapsihice rezultate din imposibilitatea satisfacerii trebuinţelor psihice fundamentale.

In cadrul lotului analizat de noi, constituit din 60 de pensionari psihici prin stări psihopatoide instalate după T.C.C., — pentru fiecare caz existînd două serii de alegeri s-a constatat în marea majoritate a cazurilor

(81 % din alegeri — procent rotunjit) prezenţa unor comportamente cu rol compensator apărute ca încercări de ameliorare a unor stări de intensă anxietate şi insatisfacţie.

Datele prezentate în continuare se vor referi exclusiv la cazurile în care testul Lücher a evidenţiat apelarea la fenomene compensatorii. Necesitatea găsirii unor forme de comportament cu funcţii compensatorii, a fost determinată în aceste cazuri de acuitatea unor stări de tensiune anxioasă intolerabilă, a cărei prezenţă este indicată în primul rînd de respingerea culorilor primare spre ultimile poziţii ale clasificării (VI — VIII), astfel : — din alegerile corespunzătoare celor 4 culori primare, în 30 % din cazuri sînt respinse între una şi patru culori primare ;

— în 31 % din cazuri sînt respinse între una şi trei culori primare (mai frecvent toate trei) corespunzătoare „grupului — muncă" : cele mai frecvente respingeri corespund roşului — 41 %, urmate de galben — 35 % şi verde — 17 % (albastrul e respins în 22 %).

Din aceste situaţii ca şi din interpretarea semnificaţiilor celor mai frecvente asociaţii de culori care au generat stări de intensă tensiune anxioasă (şi dintre care menţionăm în special asocierea culorilor primare cu negrul), sintetizăm prezenţa unor : — stări de epuizare fizică, diminuarea considerabilă a energiei, asociată deseori cu hiperexcitabilitate („slăbiciune excitabilă") ; — senzaţie de oboseală psihică, reducerea pînă la dispariţia a nevoii şi satisfacţiei trezită de activitate, senzaţia de vid interior şi de dezgust inconştient de sine însuşi ;

— sentiment de izolare sau abandon de către ceilalţi, de nerealizare a aspiraţiilor (în special profesionale), conducînd la descurajare, neîncadrare, suspiciune ;

— reducerea perseverenţei şi a tenacităţii în urmărirea realizării scopurilor, acompaniată de sentimentul scăderii prestigiului şi a nevoii de consideraţie din partea celorlalţi ;

— insatisfacţii şi decepţii pe plan afectiv şi al relaţiilor de intimitate conducînd la atitudini de susceptibilitate, reducerea maximă a interrelaţiilor resimţite ca restrictive, oprimate.

Instalarea unor astfel de stări tensionale cu efect global dezadaptativ, în esenţă, ca urmare a insatisfacerii unor trebuinţe psihice fundamentale, au impus, în cadrul mecanismelor de autoreglare găsirea unor supape de descărcare a tensiunii acumulate excesiv.

Din datele extrase pe lotul analizat, prezenţa fenomenelor de compensare este relevată de mai mulţi indicatori, dintre care în primul rînd se constată, concomitent cu respingerea pe ultimele poziţii a culorilor primare, situarea pe primele poziţii (I—III) a preferinţelor exprimate, a culorilor secundare, care, prin ele însele sau prin asociaţie cu culori primare, în aceste poziţii, imprimă un caracter compulsiv, de necesitate compensatorie a comportamentului rezultat. Dintre diversele modalităţi compensatorii existente la bolnavii psihici investigaţi, reţinem, sintetizînd în ordinea frecvenţei de apariţie :

— căutarea unor relaţii de armonie perfectă, excluzînd orice compromisuri, de înţelegere sensibilă din partea partenerului care să-i ofere un maximum de afecţiune şi tandreţe (violet — rol compensator în 34 % alegeri şi în special în I poz. — dar situîndu-se în 62% din alegeri pe primele 3 locuri) ;

— preocuparea crescută şi uneori exclusivă faţă de starea de boală şi importanţa acordată trăirilor senzoriale de disconfort, generează nevoia mai mult sau mai puţin acută a unui mediu securizant, degajat de orice probleme stressante, creînd o atmosferă de comoditate şi pasivitate agreabilă, relaxantă d.p.v. fizic, familial, social în general (maron : pe primele trei poz. şi mai frecvent pe locul II, apare în 26 % din alegeri) ;

— atitudine de non-angajare, de autoprotecţie, de non-implicare totală sau parţială : încercarea de a se detaşa de orice participare directă şi responsabilă implicînd efort, stress şi riscul eşecului, cu menţinerea uneori a unei zone de compensaţii exagerate şi care constituie în acest caz unica verigă care-l leagă de existenţă (gri — în poz. I—III : 21%) ;

— atitudine de revoltă — împotriva vieţii sau cel puţin a propriei vieţi — şi în acelaşi timp de renunţare totală sau parţială la orice aspiraţii şi satisfacţii ; tendinţe revendicative, justificări de sine nerealiste, opoziţii faţă de orice restricţie şi limitări (negrul — poz. I—III : 19 %) ;

— nevoia orgolioasă şi atitudine non-conformistă de independenţă ; nevoia imperativă de a fi apreciat, insistînd să devină centrul atenţiei şi refuzul să joace un rol minor sau impersonal (verde I—III ; 17% ; diverse asociaţii cu negru respins şi cotat ca anxietate) ;

— încercarea de a evita orice critică şi de a preveni orice restricţie a libertăţii personale, exercitîndu-şi „farmecul" personal în relaţiile cu ceilalţi pentru a-şi atinge scopurile (5 + 7 — : 15 %).

Apar de asemenea, dar cu frecvenţe mai reduse alte încercări compensatorii ca :

— tendinţa de a masca sentimentul de eşec printr-un comportament indiferent sau dimpotrivă prin căutarea unor situaţii aventuroase şi efortul de a-şi distrage atenţia spre găsirea unor noi hobby-uri etc ; dorinţa de schimbare de dragul schimbării, fixarea unor scopuri idealiste şi iluzorii ;

— insatisfacţiile afective anterioare au avut ca efect o atitudine de rezervă critică şi prudenţă excesivă, nevoia de a se limita la un nivel superficial pe plan relaţional ; nevoia de identificare se proiectează mai mult spre obiecte decît spre persoane (nevoia de estetizare, raţionalizări sofisticate etc) ;

— încercarea de a depăşi senzaţia de epuizare exclusiv prin puterea voinţei etc.

Majoritatea acestor modalităţi de compensare, apărute ca supape de descărcare a unor stări de tensiune anxioasă devenită intolerabilă, au tocmai din acest motiv un caracter imperativ, compulsiv exagerat. Ele constituie de cel mai multe ori numai comportamente (acţiuni) substitutive ducînd rareori la o satisfacţie reală şi mai frecvent la o pseudosatisfacţie. Din această cauză ele reprezintă de obicei numai „încercări“ de rezolvare și nu soluții reale cu rol adaptativ, conflictual existent permanentizîndu-se.

In practica psihoterapică, astfel de modalități „spontane“ de compensare dar în mod real ineficiente (ca tendința de detașare, evaziune, retragere în sine, revoltă sterilă etc), va fi necesar să fie depistate și înlocuite treptat, — în funcție de particularitățile individuale ale bolnavului, cu consimțămîntul și participarea sa activă, prin stimularea (dinamizarea) unor mecanisme compensatorii care să crească în mod real eficiența adaptativă a individului și care să fie în primul rînd concordante cu trebuințele sale fundamentale.

relaţia om - mediu şi sanogeneza

CONTRIBUTION DE LA PEDAGOGIE PAR OBJECTIFS A L'AVENIR INTERDISCIPLINAIRE DE LA PSYCHIATRIE

par **Claude Veil**
— *Paris*

La pédagogie par objectifs n'a rien d'une nouveauté. Cependant il n'y a guère que quatre ou cinq ans qu'un nombre vraiment important de publications lui sont consacrées. Mais l'intérêt qu'on lui montre a pris ces derniers temps de telles proportions qu'il n'est plus possible de l'ignorer. D'ailleurs, on en trouve la reconnaissance formelle dans les documents les plus divers. Citons au hasard : dans le même fascicule du Bulletin Officiel du Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale, une circulaire rénovant la formation des directeurs des établissements privés accueillant des enfants et adolescents inadaptés et un programme de formation préparant au Diplôme d'Etat d'Assistant de Service social. De même, dans le Bulletin Officiel du Ministère de l'Education, un arrêté établit les „objectifs, programmes et instructions pour le cycle moyen de l'Ecole Elémentaire". Dans le domaine de la Jeunesse et des Sports, la première journée d'un stage pédagogique des professeurs d'Education Physique et Sportive est consacrée à la pédagogie par objectifs. La revue d'une grande association familiale lui consacre un article de fond. Et déjà, les étudiants se préparant dans les Ecoles Normales à la profession d'Instituteur se plaignent d'avoir à lutter contre la sclérose de la pédagogie par objectifs (si l'on en croit le compte rendu qui en a été donné par le quotidien „Le Monde"). Cette dernière notation est d'autant plus frappante que beaucoup de gens sont encore bien loin de s'être intéressés à cette nouvelle pédagogie, et que la dénomination même est loin d'être familière à beaucoup d'entre nous.

On sait que d'une façon générale et un peu simpliste, on peut opposer la pédagogie par objectifs à la pédagogie plus traditionnelle par programmes en ceci que la pédagogie par programmes fixe la somme et éventuellement le détail des connaissances à acquérir, et corollairement des exercices à accomplir, tandis que la pédagogie par objectifs fixe un niveau de capacités à atteindre, et éventuellement hiérarchise les capacités selon un ordre de succession, ou même d'importance. L'opposition n'est pas totale, car il existe des formes de passage entre les deux, et de plus l'atmosphère pédagogique et le type de relations qui s'établit entre les enseignants et les enseignés se révèlent très profondément différants selon qu'on adopte l'une ou l'autre perspective.

C'est peut-être dans l'enseignement de la Médicine que la pédagogie par objectifs a trouvé son expression la plus accomplie. Nous emprunterons à J. Poirier, A. Castaigne, D. Mellière, B. Weil et J. L. Portos* la formule lapidaire que voici „la pédagogie par objectifs apparît comme la méthode la plus cohérente pour assurer une formation médicale satisfaisante". Les auteurs continuent ainsi : „des objectifs théoriques et pratiques bien formulés et bien choisis, des moyens efficaces de les atteindre et des méthodes honnêtes de les évaluer, tels sont les trois volets dans lesquels se résume à nos yeux, la façon simple, réaliste et efficace de concevoir la pédagogie médicale par objectifs." En suivant les exemples donnés par ces auteurs, on distinguera donnés par ces auteurs, on distinguera d'abord *objectifs institutionnels* (protection de la santé par exemple), les *objectifs intermédiaires* (capacité d'actions intelligentes et informées dans le domaine de la Prévention, par exemple), les *objectifs spécifiques* qui sont beaucoup plus précis, et qui permettent d'atteindre les précédents ; on les classe eux-mêmes en objectifs théoriques et objectifs pratiques. Les *objectifs théoriques* se traduisent par la capacité de répondre à des questions soit sans documents (être capable de citer les raisons pour lesquelles un malade présentant un syndrome méningé clinique doit être systématiquement hospitalisé d'urgence), soit sur documents (à partir d'éléments d'un dossier médical, proposer une lecture des interprétations diagnostiques et des lignes de conduite). Les *objectifs pratiques* correspondent à des actes concrets, y compris bien entendu les gestes, manipulations et prescriptions diagnostiques et thérapeutiques). Tout objectif spécifique trouve sa formulation dans un texte court „dont la simple lecture permet à l'étudiant de comprendre immédiatement ce qu'il doit être capable de faire et la façon dont on s'en assurera".

Poirier et ses collaborateurs ont déduit et décrivent toutes les conséquences en matière de choix des moyens pédagogiques et d'évaluation des résultats obtenus. On n'a aucune difficulté à se joindre aux auteurs lorsqu'ils insistent sur l'absolue nécessité d'évaluation des résultats, et, plus encore, d'évaluation extrêmement scrupuleuse. Néanmoins, et comme avec bien d'autres ils le font remarquer, il n'est absolument aucum besoin de classer les étudiants ni même de leur donner des notes. L'enseignement a pour visée de conduire tous les étudiants à atteindre tous les objectifs. Que les objectifs soient atteints ou qu'ils ne le soient pas encore est la seule chose qui importe, et lorsque l'objectif n'est pas atteint la seule conclusion à en tirer est d'entreprendre une nouvelle démarche pédagogique.

---

* LA PEDAGOGIE MEDICALE PAR OBJECTIFS — Tentative de simplification de la méthode — *Concours Médical* — 18.6.1977 — pages 4 263—4 267.

L'évaluation ne saurait être complète que si elle comporte à la lumière des résultats obtenus l'examen de „la validité des méthodes, des contenus, des procédures". C'est ce que font fort bien apparaître des publications comme *„L'éducateur et l'approche systémique"*, publié par l'UNESCO en 1976, ou *„Les objectifs pédagogiques en formation initiale et en formation continue"*, publié par Daniel Hameline aux éditions E.S.F. en 1979. Daniel Hameline reprend à des auteurs antérieurs les schémas de comparaison entre l'enseignement centré sur l'enseignant (pédagogie traditionnelle par programmes) et l'enseignement centré sur „l'apprenant" (pédagogie par objectifs).Nous ne reprendrons pas à notre tour ce parallèle en douze points, mais nous emprunterons à Daniel Hameline les quinze remarques critiques qui figurent dans sa conclusion, les cinq premières constatant les limites (L) et les dix suivantes les avantages (A) de la P.P.O.

L 1 : „Une entrée étroite par les objectifs peut rétrécir les apprentissages à une adaptation utilitaire des apprenants aux tâches qui leur sont assignées".

L 2 : „Une entrée étroite par les objectifs peut négliger l'action au profit des comportements".

L 3 : On risque de rétrécir l'horizon au court terme en laissant des lacunes au moyen terme et en excluant le long terme.

L 4 : „L'entrée par les objectifs repose souvent sur une conception naïve de la transparence dans les rapports humains".

L 5 : L'initiative des étudiants n'est accrue qu'en apparence car il y a risque de „dérive technocratique" et „individualisation standardisée".

A 1 : „C'est la seule méthode valable de planification rationnelle en pédagogie, car elle construit la programmation et la progression autour de l'activité de l'apprenant".

A 2 : „Elle oblige les enseignants, en particulier ceux qui ont la charge de confectionner les programmes, à penser et à préparer les activités de façon spécifique et détaillée".

A 3 : „Elle encourage à expliciter les valeurs jusque là évacuées dans le non-dit".

A 4 : „Elle fournit une base rationnelle pour l'évaluation formative et permet l'auto-formation".

A 5 : „Elle subordonne le choix du moyen d'enseignement aux objectifs d'apprentissage, inversant une situation assez courante".

A 6 : „Elle forme la base d'un système qui s'améliore lui — même par un constant Feed-back".

A 7 : „Elle permet à ce système, tout en assurant sa mobilité, d'acquérir une certaine consistance interne, non par l'effet réthorique du discours de l'enseignant mais par l'articulation des tâches des apprenants sur les objectifs sans cesse approfondis des apprentissages".

A 8 : „Elle permet de faire sortir les buts de l'éducation du domaine des voeux théoriques et leur donne un champ de réalisations pratiques".

A 9 : „Elle permet la communication entre enseignant et enseigné et avec les autres partenaires de l'Education (parents, Administration, collègues, etc...) sous le signe de la clarté, et permet un contrat bilatéral de formation que l'évaluation finale des apprentissages comme de l'enseignement viendra vérifier".

A 10 : „Elle permet d'établir les bases d'un apprentissage individualisé".

On aura remarqué au passage la place accordée à l'individualisation et à la contractualisation de l'enseignement et de la formation. Ce sont là en pratique des points fondamentaux. C'est en effet la pente naturelle de la pédagogie par objectifs que d'y conduire, mais c'est bien aussi, il ne faut pas hésiter à le dire, une des raisons pour lesquelles certaines oppositions se font jour. En effet, certains craignent qu'on assiste à une levée des interdits ou des obligations, à un flou dans les relations entre les étudiants et l'institution formatrice, à la possibilité de flânerie, ou pire encore. Il s'y mêle aussi quelques difficultés de terminologie, car la pédagogie par objectifs évoque pour certains esprits la direction par objectifs ; or ce sont deux concepts qui se recoupent partiellement, mais qu'il y a quand même intérêt à distinguer très soigneusement. De façon analogue, ce qu'on appelle „l'enseignement programmé" (et aussi d'ailleurs l'enseignement assisté par les machines actuelles) est beaucoup plus distant de l'enseignement par programmes que l'enseignement par objectifs. Aussi importe-t-il d'être bie clair.

Mais notre propos n'est pas ici de nous étendre sur la pédagogie par objectifs en général. Nous souhaiterions rendre compte de l'expérience que nous en avons depuis qu'elle a été introduite à l'Institut Georges Heuyer, établissement de formation géré par le Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées d'Ile de France, et qui a pour fonction essentielle la formation et le perfectionnement de professionnels travaillant dans le domaine de l'inadaptation.

Notre expérience remonte à présent à environ 3 ans. Elle a commencé par des études préliminaires et de larges discussions. Comme il est d'usage dans cet établissement, ces discussions ont associé les formateurs, les étudiants, les professionnels du terrain et d'autres partenaires encore.

Progressivement, chaque activité de formation a été réexaminée. Le contenu des fiches descriptives des Unités de Valeur a été soigneusement revu. A la description en termes de programme a été substituée une description en termes d'objectif. Cette tâche n'est pas achevée ; d'ailleurs il n'y a pas vraiment de raison pour qu'elle soit achevée un jour, bien au contraire puisqu'il est nécessaire de conserver un regard critique : l'évaluation permanente des résultats de l'enseignement permet à chacun de ceux qui apprennent de se comparer à ce qu'on attend de lui mais aussi exige de chacune des personnes et de chacun des groupes qui participent à la formation une vigilance prête à tirer profit pédagogique de chaque succès et de chaque échec partiel.

La réforme pédagogique a porté d'abord sur la formation des éducateurs spécialisés. Voici la formulation générale des objectifs qui a été retenue (provisoirement bien sûr) pour cette formation ;

Au moment où, ayant achevé sa formation initiale, un éducateur spécialisé se présente au Diplôme d'Etat, il doit avoir acquis

1°) la capacité à évaluer et améliorer ses propres actions professionnelles ;

2°) la capacité à être reconnu comme un éducateur spécialisé professionnel par l'éventuels employeurs, par ses collègues, par les enfants ;

3°) la capacité à discerner, acquérir ou trouver, par ses propres moyens ou en groupe, un comportement professionnel pertinent lorsqu'il se trouve placé dans une situation nouvelle.

L'expérience ainsi développée a montré toute sa valeur dans le franchissement des barrières inter-professionnelles et inter-disciplinaires. Chacun sait que le travail, notamment en milieu psychiatrique, qu'il s'agisse de l'hôpital ou de milieu ouvert, appelle à travailler ensemble des personnes qui ont reçu des formations très différentes. Le travail inter-disciplinaire rencontre d'ailleurs tellement d'obstacles qu'on peut se montrer surpris qu'il existe pour de bon et qu'il nous soit possible de citer de véritables réussites de l'espèce. Reconnaissons cependant que bien souvent il s'agit plutôt d'une juxtaposition de compétences, ou bien d'une abolition des spécificités professionnelles par confusion et échange de rôles. Dans d'autres situations on constate que l'inter-disciplinarité se réduit à l'hégémonie d'une discipline sur les autres. Et encore ne s'agit-il là que des cas favorables. Or il nous semble que des voies nouvelles sont d'ores et déjà ouvertes. Et ceci peut se discerner sur le terrain et au moment de la formation.

Sur le terrain, la souffrance du malade mental est une pour lui ; mais tout abord monodisciplinaire a un effet réducteur. Mais comment se retrouver à plusieurs, comment prendre la mesure de l'action commune, comment la concevoir, comment la coordonner ? Lorsqu'une personne, et a fortiori l'ensemble des membres d'une équipe, est rodée au langage des objectifs, le rôle de chacun va pouvoir être déduit de l'objectif commun que se sera fixé l'équipe, et non pas d'une grille pré-établie de rôles stéréotypés. C'est ainsi que, dans un secteur psychiatrique, l'ensemble des thérapeutes avait ressenti la nécessité de mieux prendre en charge la pathologie des personnes âgées. L'équipe voulait éviter de trop „psychiatriser" les problèmes, et avait donc dans un premier temps insisté sur le rôle des travailleurs sociaux, qu'il s'agisse des assistantes sociales ou des aides familiales. Mai, bientôt, deux autres questions se sont posées : ne faudrait-il pas faire une place plus grande à l'intervention des animateurs socio-culturels ? Les éducateurs spécialisés n'ont-ils rien à proposer ? On voit bien, dans de telles circonstances, que la fixation des objectifs communs va être un temps absolument fondamental du travail de l'équipe, et que la répartition en objectifs plus particuliers permettra à chacun de trouver sa place, et à chacun et à tous d'évaluer avec beaucoup de précision les fruits de l'action. Et, par là même, de mieux comprendre ce qui se passe et de mieux maitriser l'action future grâce à toutes lse rectifications que l'on peut introduire. Pour qui en a un peu l'expérience, la souplesse, l'ouverture et la richesse de cette façon de travailler font apparatître par comparaison comme très rigides et franchement pénibles les méthodes de travail plus classiques.

On peut aussi beaucoup mieux utiliser les moyens dont on dispose. Par exemple, si l'on s'est fixé d'ouvrir quatre centres de consultation pour desservir une certaine population, on ouvrira coûte que coûte les quatre centres et il faudra attendre d'avoir fini pour pouvoir critiquer les opérations ou a fortiori rectifier une erreur du programme. Si au contraire on s'est fixé d'offrir à la population les facilités dont elle aura besoin, on pourra constater après l'ouverture du deuxième ou du troisième centre que toutes les personnes concernées ont pu être accueillies, et qu'il n'y a donc pas lieu d'investir dans un centre de plus de l'énergie et de l'argent qui vont pouvoir être utiltsés en vue d'un nouvel objectif.

Mais ce n'est pas tout. En effet, nous devons considérer aussi ce qui se passe au niveau de la formation. Et là, la pédagogie par objectifs se révèle extrêmement précieuse. Nos espérances en la matière ont été déjà comblées, et il y a certainement lieu d'en attendre davantage encore. Il est assez évident aux yeux de nombreux observateurs qu'il est beaucoup plus difficile de travailler ensemble sur le terrain lorsqu'on a été isolé pendant sa période de formation initiale. On sait bien que l'esprit de corps, si louable à certains égards, a aussi pour conséquence de ne pas favoriser la confiance vis à vis des autres corps professionnels, et de n'être pas tellement favorable non plus à la reconnaissance de leurs valeurs. Cela va jusqu'aux méthodes de travail et vocabulaire, qui arrivent à diverger si profondément que les communications s'en trouvent très fortement entravées. De ce point de vue, la formation continue en commun peut avoir des effets correcteurs, mais il est de beaucoup préférable d'instituer, dans toute la mesure du possible, au moins des éléments de formation initiale communs. En tout état de cause, qu'il s'agisse de formation initiale sous forme de tronc commun, ou de formation continue sous forme de stages communs, comment faire pour se retrouver ? L'individualisation de la formation, que nous savons largement favorisée par l'institution de la pédagogie par objectifs, ouvre des possibilités vraiment importantes et intéressantes. Mais il y a plus. La formulation en termes de programme peut se révéler totalement illusoire, même si l'on prend soin de préciser beaucoup plus qu'on ne le fait d'habitude le niveau des connaissances délivrées et des discussion à entreprendre. D'ailleurs, en termes de programme, on est renvoyé de l'équivoque qui laisse entrer tout le monde sur des malentendus à la restriction qui barre la route à qui n'est pas strictement conforme aux conditions préliminaires. C'est là que la formulation en termes d'objectifs vient apporter une solution. Si la séquence de formation est définie par une capacité déterminée à atteindre, il est relativement facile à chaque personne intéressée de savoir si elle possède déjà ou si elle ne possède pas déjà cette capacité ; et ceci est relativement indépendant de l'ensemble de son savoir professionnel et de l'ensemble de son savoir théorique et de son expérience concrète. Si l'on ne possède pas cette capacité, on peut l'acquérir par plusieurs voies en se servant des connaissances que l'on possède déjà, des actes que l'on sait accomplir, des outils qu'on a à sa disposition. L'exigence finale étant unique et commune, on ne va pas s'embarrasser de chercher des références dans le passé de chacun, par exemple peu importera que telle personne ait tel diplôme et que telle autre ne le possède pas, que telle personne ait telle position hiérarchique et telle autre une position différente. Quant à la compétition, elle se résume à en arriver au même point, ce qui n'est d'ailleurs pas si facile et constitue en soi un stimulant tout à fait honorable. C'est ainsi que, pour ne prendre que des exemples simples, on pourra mettre en place un apprentissage de la relaxation dont les objectifs pourront être d'être capable d'atteindre soi-même un état défini et d'être capable d'y conduire d'autres personnes dans une relation individuelle et dans un groupe. Dans de telles conditions, des psychologues, des kinésithérapeutes, des psychiatres, des infirmiers, et d'autres encore, peuvent non seulement travailler côte à côte mais vraiment ensemble ; ce sont les différences individuelles qui commanderont la rapidité de la progression de chacun, sans que cela non plus n'entraine de conséquences fâcheuses.

On peut de même construire des séquences de formation mettant l'étudiant ou le professionnel concerné en situation de face à face avec un patient. Enregistrée au magnétoscope, cette rencontre est ensuite examinée par le groupe tout entier, qui devient son propre enseignant, étant entendu que chacun des membres, sur un pied d'égalité, est à son tour celui qui agit et celui qui le regarde. C'est d'ailleurs ainsi que fonctionnent depuis plusieurs années bon nombre de groupes de thérapie familiale qui au surplus n'hésitent pas à considérer la famillle consultante avec assez de confiance et de respect pour l'appeler à participer aussi à certaines séances. Mais il est vrai que ceci peut avoir lieu indépendamment d'un souci pédagogique prédominant ou d'une formation systématique.

Il n'est guère possible ici d'entrer davantage dans le détail, ni d'évoquer toutes les perspectives ainsi ouvertes. Mais chacun peut y trouver de quoi alimenter sa réflexion et sa pratique. Sans considérer que la pédagogie par objectifs a résolu tous les problèmes, on peut affirmer qu'au moins elle permet d'en poser beaucoup plus lucidement les données et qu'elle a déjà constitué pour beaucoup d'entre nous un stimulant intellectuel, un guide d'actions, un support technique de très grande valeur.

C'est bien pourquoi, en terminant, nous voudrions remercier très sincèrement tous les collaborateurs de l'Institut Georges Heuyer, dont l'intelligence, l'ouverture à autrui et l'esprit d'entreprise ont nourri l'expérience sur laquelle nous nous appuyons. Ces remerciements iront aussi tout particulièrement à Mademoiselle Jeanine Pinot, Madame Mauricette Foucard, Messieurs Bernard Descouleurs et Robert Guillon, qui ont personnellement contribué à la préparation du présent exposé.

ȘCOALA PARHON DE LA „SOCOLA", UN MODEL DE INTEGRARE INTERDISCIPLINARĂ ÎN MEDICINĂ

Șt. Milcu
— București

1. Analiza conținutului și a modului de abordare tematică în creația științifică a prof. C. I. Parhon, ne permite să diferențiem trei perioade semnificative pentru evoluția gîndirii sale și a condițiilor în care a lucrat. Este evident că o asemenea operație de periodizare implică o cunoaștere a factorilor ce au intervenit în viața sa personală și îndeosebi în cea profesională într-o îndelungată activitate științifică care a depășit o jumătate de secol. Dacă ținem seama și de profundele schimbări ce s-au produs în structura societății românești și în toate compartimentele vieții sociale, operația se profilează cu dimensiuni intimidante.

Fără o schematizare excesivă, putem totuși constata o primă perioadă, dominant neurologică între 1899 anul cînd publică primele lucrări de neurologie [1] și lucrează ca intern în clinica neurologică de la spitalul Pantelimon recent înființată și condusă de prof. Gh. Marinescu și anul 1912 cînd devine profesor de neourologia și psihiatrie la Facultate de Medicină din Iași. Tot în acest an, publică unul din studiile reprezentative consacrate relații dintre glandele endocrine și patologia mintală [2].

În această perioadă dominant neurologică, marcată și de evoluția sa profesională ca secundar și apoi docent în Clinica Neurologică, n-au lipsit totuși lucrările de endocrinologie comparativ mai reduse numeric față de cele de neurologie. Un loc de prim plan îl ocupă monografia despre secrețiile interne (3) considerată ca un prim tratat de Endocrinologie în literatura internațională.

Cea de a doua perioadă cuprinde anii 1912—1934, în care conduce catedra de Neurologie și Psihiatrie din Iași. și timp de aproape două decenii direcția spitalului Socola. A fost una din cele mai fecunde și caracteristice perioade în activitatea sa științifică, de care ne vom ocupa în acest studiu.

Cea de a treia perioadă începe cu anul 1934 odată cu numirea sa ca profesor de Endocrinologie la catedra recent înființată la Facultatea de Medicină din București și se termină în anul 1957 odaăt cu retragerea sa din activitate. A fost o perioadă dominant endocrinologică, favorizată de înființarea institutului de Endocrinologie, din care nu au lipsit și frecventarea altor domenii.

2. Perioada de la Iași este interesantă și bistructiv în egală măsură pentru istoria medicinei în țara noastră, datorită realizărilor multiple ale Profesorului Parhon. El a reușit în prima etapă să transforme spitalul Socola dintr-un Ospiciu, într-o unitate medicală organizată pe baza unei concepții biologice a bolilor mintale, avînd o etiopatogenie posibil de investigat la nivel biochimic, metabolic și interrelat cu restul organismului (4).

Organizează un laborator de biochimie clinică, printre primele în țară și unul de anatomo-patologie, reușind să atragă în jurul său medici și chimiști antrenați de bogata sa intuiție și imaginație creatoare. S-au creat astfel premizele a ceea ce se poate numi „școala Parhon de la Socola", ale cărei lucrări au fost în numeroase cazuri înregistrate internațional.

Concepția biologică și biopatologică precum și numeroasele cazuri internate în spitalul Socola i-au permis profesorului Parhon să dezvolte în condiții mult mai favorabile cercetările multi — și interdisciplinare schițate dealtfel și în prima perioadă citată. Importanța acestei direcții de gîndire și cercetare promovată în epoca noastră, ne-a determinat să arătăm că în școala de la Socola s-a realizat acest model încă din al doilea și al treilea deceniu al secolului.

Sunt bine cunoscute numeroasele domenii ale biologiei și medicinii abordate de profesorul Parhon și elevii săi. Această diversitate, a început să se manifeste cu intensitate în activitatea de la Socola și va continua sub diferite forme, pînă la sfîrșitul activității sale.

Considerînd că publicațiile științifice au și valoarea unor documente istorice, analiza lucrărilor comunicate

---

1. Parhon C. I. și N. Popescu. Sur l'origine réelle du nerf sciatique și Recherches sur la localisation spinale des noyaux moteurs du membre postérieur. Romanie Médicale, 1899 nr. 2.

2. Parhon C. I. a) Cercetări asupra glandelor cu secreție internă, în raportul lor cu patologia mintală. Spitalul 1912. b) Sur les glandes à sécrétion interne dans leur rapport avec la pathologie mentale et la psychologie. Rapport au congrès international de Neurologie, Gand 1913. Expunere de Titluri și Lucrări, 1928 pag. 112.

3. Parhon C. I. și M. Goldstein, Les Secretions Internes. (Maloine Paris 1909)

4. Parhon C. I.

a) Obiectul neurologiei și Psihiatriei. Metodele lor de cercetare. Lecție de deschidere a cursului de boli nervoase și mintale la Facultatea de Medicină din Iași. Rev. St. Medicale, Ianuarie 1913.

b) Introducere în studiul psihiatriei. Probleme de biologie cerebrală. Lecție de deschidere a cursului de psihiatrie la Facultatea de Medicină din București 1945.

în această perioadă, ne arată că cea mai frecventă abordare interdisciplinară, a fost făcută în bolile mintale. Depășind investigarea limitată psihiatrică în care diferite metode și tehnici utilizate au un rol auxiliar, au fost cercetate componentele neurologice, metabolice și mai ales endocrine. Li s-a conferit astfel un caracter interdisciplinar, cu tentativa interpretărilor integrative. În ansamblul bibliografiei publicat în Opere alese (5) se detașează nu mai puțin de 42 articole consacrate patologiei endocrine în psihoze. A fost investigată mai frecvent patologia tiroidei, paratiroidei și ovarului, în psihozele afective.

Intr-o ordine apropiată se situează observațiile care consemnează turburările endocrine în epilepsie, coree, hemiplegie, migrenă, encefalite ș.a.

Vom regăsi abordarea multidisciplinară și în alte domenii așa cum ne-o arată investigarea relații dintre cancer și sistemul endocrin; participarea glandelor endocrine la procesul de îmbătrînire, în distrofiile pielii, ale mușchilor ș.a.

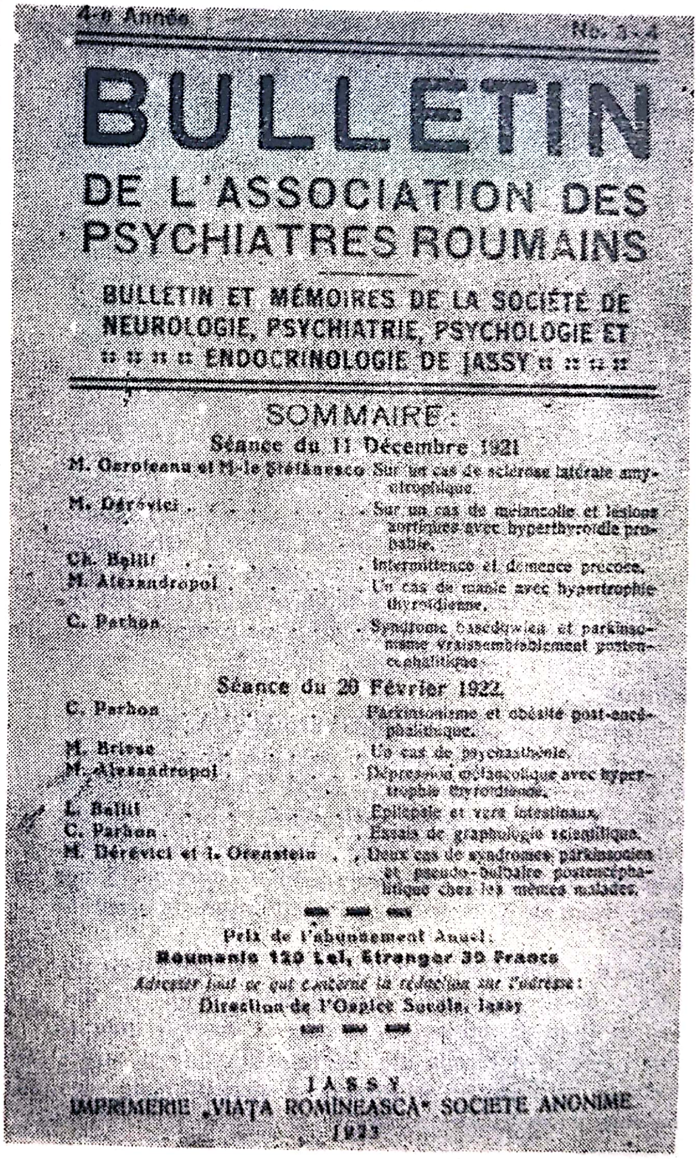
Se poate considera că investigarea multidisciplinară, l-a condus și la o terapie similară. S-ar putea explica astfel, numeroasele tentative de folosire a extractelor glandulare și a hormonilor, în tratamentul diferitelor boli neurologice și psihice.

Acest ansamblu documentar, ne arată că școala de la Socola poate fi caracterizată prin această orientare de investigare complexă, care a introdus etiopatogenia endocrină în geneza psihozelor. Se poate afirma fără a greși, că endocrino-psihiatria s-a constituit în țara noastră, în școala de la Socola. O insuficientă difuzare a realizărilor obținute în acest domeniu pe plan internațional, n-a impus prioritatea școlii românești în ceea ce Bleuler a numit cu trei decenii mai tîrziu, psihosindromul Endocrin (6).

Unul din documentele cele mai demonstrative pentru caracterizarea școlii de la Socola, o constituie înființarea la Iași sub conducerea Prof. Parhon, a Societății de Neurologie, Psihiatrie, Psihologie și Endocrinologie în 1918. Societatea a publicat și un buletin în limba franceză tipărit la Iași.

In acest buletin se regăsesc pe lîngă articole redactate mono-disciplinar, și numeroase studii ce pot fi catalogate interdisciplinar, în măsura în care s-a reușit integrarea componentelor de structură (7).

3. Din cele arătate, deși investigarea documentelor a fost sumară, se poate constata că profesorul C. I. Parhon a reușit în perioada 1912—1934, să formeze la Iași în spitalul Socola, o valoroasă școală în care s-au integrat intr-o măsură variabilă, neurologia, endocrinalagia și psihiatria. Această orientare începută încă din perioada precedentă la București, s-a constituit și consolidat la Socola. S-a creat astfel un fond de gîndire și cunoaștere concretă ce a permis dezvoltarea endocrinologiei în perioada următoare concentrată în Institutul de Endocrinologie cu o abordare tematică complexă integrată în biologie și medicină.



4-e Année No. 3-4

BULLETIN
DE L'ASSOCIATION DES
PSYCHIATRES ROUMAINS

BULLETIN ET MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ DE
NEUROLOGIE, PSYCHIATRIE, PSYCHOLOGIE ET
:: :: :: :: ENDOCRINOLOGIE DE JASSY :: :: :: ::

SOMMAIRE:

Séance du 11 Décembre 1921

M. Ozroteanu et M-lle Stefănesco	Sur un cas de sclérose latérale amyotrophique.
M. Dérévici	Sur un cas de mélancolie et lésions aortiques avec hyperthyroïdie probable.
Ch. Ballif	Intermittence et démence précoce.
M. Alexandropol	Un cas de manie avec hypertrophie thyroïdienne.
C. Parhon	Syndrome basedowien et parkinsonisme vraisemblablement postencéphalitique.

Séance du 20 Février 1922

C. Parhon	Parkinsonisme et obésité post-encéphalitique.
M. Briese	Un cas de psychasthénie.
M. Alexandropol	Dépression mélancolique avec hypertrophie thyroïdienne.
L. Ballif	Epilepsie et vers intestinaux.
C. Parhon	Essais de graphologie scientifique.
M. Dérévici et I. Orenstein	Deux cas de syndromes parkinsonien et pseudo-bulbaire postencéphalitique chez les mêmes malades.

Prix de l'abonnement Annuel:
Roumanie 120 Lei, Étranger 30 Francs
Adresser tout ce qui concerne la rédaction sur l'adresse:
Direction de l'Ospice Socola, Iassy

IASSY
IMPRIMERIE „VIAȚA ROMÎNEASCĂ" SOCIETE ANONIME
1923

---

5. Parhon C. I. Opere Alese Vol. I—V Edit. Acad. R.S.R. București 19.
6. Bleuler
7. Bulletin de la Société Roumaine de Neurologie, Psychiatrie, Psychologie et Esdocrinologie. Jassy 1919—1945.

DINAMICA TRIDIMENSIONALĂ A PERSONALITĂŢII ÎN PERSPECTIVA RELAŢIILOR MEDICO-PSIHOLOGICE

V. Pavelcu
— Iaşi

Semnificaţia unui fenomen, a unei situaţii sau instituţii nu ni se dezvăluie decît din integrarea acestora într-o structură sau context social-istoric, într-o concepţie care să reflecte interacţiunile dinamice inter şi intrasistemice ale relaţiilor respective. Se înţelege de ce şi la sărbătorirea existenţei de 75 de ani a Spitalului „Socola", a eforturilor acestei instituţii medicale de a contribui la sănătatea mintală a omului este necesar ca spitalul acesta să fie pus în lumina istoriei ştiinţei mondiale şi a etapelor de dezvoltare a societăţii şi ştiinţei noastre româneşti.

Nu mă pot încumeta să elaborez o asemenea pagină a istoriei medicinei, a psihiatriei româneşti sau ieşene. Cu ocazia sărbătoririi centenarului învăţămîntului medical superior la Iaşi, au apărut în acest domeniu lucrări valoroase (v. C. Romanescu — „Un secol de învăţămînt medical superior la Iaşi"). Mă voi mărgini aici la schiţarea a cîtorva trăsături dominante care să ne poată înlesni conturul semnificaţiei locului şi a valorii acestei staţii-pilot a O.M.S.-ului, în efortul acesteia de a asigura sănătatea mintală a omului.

Ştiinţa ultimilor decenii a făcut un salt calitativ impresionant de la faza predominant descriptivă spre una explicativă a realităţii, de la explicaţia unilineară şi unidimensională, cauzalistă, a fenomenelor spre o abordare multidimensională a vieţii umane, salt de la investigaţia limitată şi îngustă la alta inter- şi multidimensională, de la cercetarea statică, descriptivă hermeneutică a omului spre una dinamică, funcţională şi genetică; de la omul unidimensional spre unul multidimensional, cu orizontul larg de investigaţie şi arta de a sonda adîncurile sufletului uman. Prin sporirea sferei sale de cercetare în ocrotirea sănătăţii, se trece la stricta specialitate anatomo-fiziologică şi biochimică spre alta, mult mai comprehensivă, multidimensională, nouă orientare ştiinţifică în sensul indicat de tovarăşul Nicolae Ceauşescu: „Una din cele mai mari şi complexe sarcini de nobilă răspundere în formarea omului nou — spune Domnia Sa în una din cuvîntările sale — este să acţionăm organizat, pe baza unei orientări de perspectivă clare, ştiinţifice". Astfel se reunesc astăzi în echipă preocupările medicilor, biologilor, fiziologilor, chimiştilor, psihologilor, pedagogilor şi sociologilor „realizînduse psihiatria ştiinţifică contemporană ca disciplină de sinteză plurifactorială" (P. Brânzei — „Intinerar psihiatric" p. 82).

Merită semnalat faptul că în 1918, se înfiinţează la Iaşi „Societatea română de neurologie, psihiatrie şi psihologie" sub preşedinţia prof. C. I. Parhon, iar ca vicepreşedinţi dr. Gh. Preda şi C. Fedeleş (prof. univ. de psihologie), iar ca secretar dr. Arnold Stocker şi Petre Andrei (prof. univ. de sociologie). Se ştie că prof. C. I. Parhon a încercat de repetate ori încă de la începutul deceniului al doilea, să înfiinţeze la Spitalul „Socola" măcar un post de cercetare psihologică. În acest context pluridisciplinar se înfiinţează la „Socola", în 1969, primul laborator în ţară de sănătate mintală. Acest serviciu psihosocial, pe lîngă contribuţia sa de ordin terapeutic, are şi menirea de a lărgi orizontul instructiv-educativ al studenţilor de la catedrele de psihologie, sociologie, ştiinţe juridice, Institutul de medicină şi farmacie şi al elevilor de la Liceul sanitar din Iaşi.

Dacă orientarea psihiatriei ieşene îşi lărgeşte considerabil sfera de interese spre ştiinţe umaniste, spre psihologie şi sociologie, merită semnalat şi replica psihologilor prin interesul îndreptat spre adîncurile biochimice ale omului. În lucrarea mea „Psihologia personalităţii", v. I „Bazele personalităţii" (1939), descrierea factorului endocrin, hormonal, al personalităţii avînd ca sursă prioritară de informaţie lucrările prof. C. I. Parhon, ocupă 25 de pagini din întregul de 140 pagini, iar factorul biochimic este prezentat ca parte integrantă din unitatea bio-psiho-socială a personalităţii, concept cristalizat şi dominant în orientarea medicală a Spitalului „Socola". „În tendinţa ei de adaptare şi de integrare în realitatea socială, în manifestările sale finale — spun în lucrarea citată — personalitatea se răsfrînge printr-o prismă cu trei feţe: biologică, socială şi personală...". „Personalitatea este, aşadar, funcţia a trei variabile, o realitate dinamică înţeleasă — în scopul şi reacţiile ei — sub triplu aspect: biologic—social—personal" (p. 84). Nici nu se poate o mai mare apropiere — pînă la identificare — de sensul definit astăzi de conducerea Spitalului „Socola" prin „conceptul tridimensional bio-psiho-social, dinamic şi totodată unitar despre fiinţa umană". (v. P. Brânzei — „Intinerar psihiatric", p. 11).

Fondul *umanist* al practicii medicale devine tot mai pregnant. Saltul calitativ de esenţă umanistă se manifestă în mutaţia privind atitudinea psihiatrului faţă de pacient: de la „cămaşa de forţă" spre înţelegere şi blîndeţe. „Blîndeţea împotriva violenţei" devine deviza psihiatriei înaintate a secolului al XVIII-lea (Philippe Pinel). Ideea se generalizează asupra tuturor modurilor de contact între medic şi bolnav. Pacientul încetează de a mai fi un simplu „obiect" de investigaţie şi tratament şi devine „subiect", menit să redobîndească capacitatea de muncă şi de comunicare cu sine şi cu semenii.

Mutaţia ontologică, a semnificaţiei privind natura obiectului de investigaţie psihiatrică, determină pe cea epistemologică şi metodologică, practică, terapeutică. Merită evidenţiat faptul că, de la înfiinţarea sa, Spitalul „Socola", prin prof. C. I. Parhon, poate fi considerat ca spital-pilot din punct de vedere ideologic-umanist şi ştiinţific, iar ergoterapia, ca metodă, figurează astăzi pe primul plan terapeutic al Spitalului. Nodul gordian al umanismului este apropierea între oameni, realizabilă prin sporirea capacităţii de comunicare, iar prin ergoterapie se realizează şi se menţine deschiderea spre valorile sociale, se asigură metabolismul necesar individ-societate şi, implicit contactul pacientului cu sine însuşi. Tratamentul ambulatoriu şi relaţiile extramurale prin asistenţa extraspitalicească favorizează ieşirea din claustrarea nevrotică sau psihotică a pacientului. Astăzi, noul umanism al societăţii noastre socialiste multilateral dezvoltate a devenit piatra de temelie a edificiului sanogen.

Formularea lui K. Marx a esenţei umane ca „ansamblul relaţiilor sociale" implică ideea că, în relaţia om-ambianţă, mediul social, comunicarea cu semenii constituie esenţa conştiinţei şi a condiţiei umane. Existenţa individuală se reflectă în conştiinţa de sine prin contactul cu „altul" în actul de comunicare socială.

Funcţia comunicării umane constă în asigurarea echilibrului între interese, atitudini, decizii şi conduite, similar cu metabolismul fiziologic, cu „schimbul" în procesul de „a da" şi „a primi". Acest echilibru este expresia coeziunii sociale, a folosirii „codului" comun de emisie-recepţie, a adeziunii la informaţia receptată, act psihologic nimit *înţelegere*.

Analiza acestui act ne duce spre o investigaţie multifactorială şi genetică. Înţelegerea „altuia" este o expresie a „deschiderii" spre personalitatea acestuia, neînţelegerea dovedind existenţa unei opacităţi, a unor „zăvoare" ale conştiinţei, a unor „cătuşe" ale conduitei. Cînd interesele şi aspiraţiile opuse sînt puternice, ele pot duce spre dizolvarea coeziunii de nivel interindividual, de micro- sau macrogrup. În funcţie de gradul de intensitate, nivel, frecvenţă, durată, stabilitate, reversibilitate, aceste „neînţelegeri" sînt situate în categoria celor deviante, aberante, anormale, patologice.

Psihologia patologică de astăzi este în stare de a determina o serie de factori ai opacităţii durabile şi regresive în relaţiile sociale. Psihiatria, însă, merge mai departe spre a ne indica mijloacele de prevenire ale acestor „rătăciri" şi „înstrăinări" psihice, precum şi căile de descătuşare, de înlăturare a obstacolelor, a barierelor în calea comunicării cu semenii. Dar şi această operaţie o face mai bine cu ajutorul psihologului.

Sub aspectul modelelor interpretative, psihiatria ieşeană nu a fost atrasă de concepţii dualiste sau reducţioniste asupra naturii umane, de curentul behaviorist, freudist, neo-freudist sau non-directivist. Preocupările profesorului C. I. Parhon în domeniul endocrinologiei au servit ca sondă materialist-dialectică în cristalizarea de către succesorii săi a conceptului bio-psiho-social.

Ni se oferă astfel viziunea unui nou stil al diagnosticului psihiatric, bazat pe observaţie, examen clinic şi de laborator. Investigaţia psihiatrului presupune, pe lîngă ştiinţa şi experienţă clinică, o intuiţie fină. Căile de comunicare, de fuziune afectivă şi înţelegere se deschid prin folosirea „codului" adecvat, deosebit de important, al comunicării neverbale (facială, vocală, gestuală) şi al ambianţei estetice. Iată de ce merită relevată şi atenţia acordată de şcoala de la „Socola" contactului între pacient şi ceilalţi bolnavi, între pacient şi medic, pacient şi familie.

Noile dimensiuni psihologice ale pacientului — „subiect" determină o nouă orientare a medicului privind metodologia diagnosticului, precum şi întreaga strategie şi tactică terapeutică. Pacientul de azi nu mai este un atom social, el este membru al unei familii, al unui colectiv profesional, al unei categorii sociale. Iată de ce diagnosticul medical se sprijină pe informaţii privind antecedentele eredo-familiale şi personale, precum şi pe întregul context al ambianţei psiho-sociale a pacientului. Medicul psihiatru trebuie să dezvăluie şi firele sociogene, factorii psiho-sociali ai eclipsei conştiinţei individuale. Tactul, răbdarea, calmul şi blîndeţea sînt căi care permit cunoaşterea resorturilor stocate, spre a se lua măsuri de restabilire a ordinei în lumea confuziei şi a discordanţei psihice a pacientului. Dacă în domeniul maladiilor somatice este admisă ideea că nu există boli ci bolnavi, cu atît mai mult se impune psihiatrului necesitatea de a intui şi determina individualitatea pacientului în cadrul sistemului social al ambianţei respective şi în întregul sistem al personalităţii bio-psiho-sociale a bolnavului ; toate integrate în imensa responsabilitate a psihiatrului-psiholog.

PROIECŢIA SERVICILUI PSIHOSOCIAL PE STRUCTURA DINAMICA A ŞCOLII DE LA „SOCOLA" — IAŞI

P. Brânzei, M. Şelaru, N. Cosmovici, Maria Cosmovici, Niculina Fîntînă,
Doina Balahur, Emilia Lupaşcu, Beata Vasakos, Lilica Conache,
V. Paraschiv, I. Călugăru, L. Donciu, Silvia Gergheli, P. Boişteanu
— *Iaşi*

Serviciul Psihosocial (L.S.M.) a luat fiinţă cu aprobarea şi sprijinul organelor locale de partid şi de stat în septembrie 1969, funcţionînd în cadrul şi sub îndrumarea conducerii Spitalului clinic de psihiatrie „Socola" Iaşi, în scopul elaborării şi aplicării măsurilor de promovare şi apărare a sănătăţii mintale a populaţiei din municipiul şi judeţul Iaşi.

Serviciul Psihosocial a fost prima instituţie de acest gen creată în ţara noastră, iar pe baza experienţei sale s-au creat în toate judeţele ţării ca şi în centrele universitare actuale Laboratoare de Sănătate Mintală şi s-a elaborat, de asemenea, planul naţional de apărare şi promovare a sănătăţii mintale a populaţiei din R.S.R.

Programul de activitate a serviciului psihosocial a fost elaborat în scop metodologic de către şeful clinicii de psihiatrie, prof. dr. P. Brânzei, în spiritul tradiţiilor determinist-ştiinţifice ale Şcolii de psihiatrie de la „Socola", dezvoltate şi concretizate sub forma conceptului bio-psiho-social, concept tradiţional particular culturii româneşti.

Metodologia centrului psihosocial

Metode generale de informare, educare şi instruire publică privind criteriile de prezentare a sănătăţii mintale ;

Metode diferenţiate de profilaxie primară şi secundară, asistenţă medicală, psihopedagogică şi readaptare socială ;

Metodologia acţiunilor preventive primare a riscurilor eredo-congenitale ; educaţia viitorilor parteneri din perioada formării şcolare, privind condiţiile pe care trebuie să le îndeplinească familia în vederea asigurării unei descendenţe sănătoase.

Evitarea descendenţei disgenetice se poate obţine în primul rînd prin evitarea sarcinei în cazul bolilor care comportă riscuri de transmisie ereditară.

Evitarea riscurilor congenitale presupune eliminarea tentativelor abortive, ale infecţiilor, intoxicaţiilor, suprasolicitărilor şi traumatismelor somatice şi psihice ale mamei în cursul gravidităţii.

Profilaxia secundară : urmărirea dezvoltării psihomotorie a copilului în stadiul 0—3 ani şi corectarea deficienţelor psihomotorii îndeosebi prin metode de kinezeterapie şi elaborare a reflexelor condiţionate în cadrul familiei sau în raport de situaţie, în spitalele de pediatrie cu sector diferenţiat acestui scop, îndeosebi în cazul prematurilor şi a subponderalilor.

Urmărirea şi corectarea bio-psiho-socială a perturbărilor ideo-afective şi al demodulărilor comportamentale în studiul dezvoltării infantilo-juvenile în corelaţie cu corectarea eventualelor deficite existente în mediul familial, şcolar sau social.

Cercetarea şi corectarea deficitelor şi defectelor de adaptare sau dezadaptare şcolară şi profesională (factori de vîrstă, structura somatică, psihică, dezvoltarea intelectivă, relaţii de grup, noxe profesionale etc.).

Diferenţierea modalităţilor instructiv-educative şcolare pentru copilul nevrotic, dislalic, epileptic sau handicapat senzorio-motor.

Studiul de perspectivă a solicitărilor procesului şcolar în condiţiile programelor actuale şi asigurarea adecvată învăţămîntului general a copiilor şi tinerilor cu spitalizare îndelungată (tbc, reumatism, schele motorii etc.).

A. *Profilaxia bolilor psihice prin factori exogeni*

a. Factori psihogeni (suprasolicitări emoţionale şi intelectuale, greşeli educative în familie, şcoală, profesie).

Orientarea şcolară şi profesională în funcţie de tipul activităţii nervoase, dezvoltare psihică, structura afectivă, motivaţia şi trebuinţele individuale cu precădere în situaţiile incipiente ale dezadaptării sau a dificultăţilor de adaptare.

Integrarea (inserarea social-educativă şi productivă) adecvată a handicapaţilor prin deficit somatic sau psihic în raport cu procesualitatea perturbărilor, nivelul de instruire generală şi pregătire profesională, prin intermediul sistemului familial sau al sistemului instructiv-educativ şcolar diferenţiat ; şcoli speciale pentru deficienţi mintali în raport cu gravitatea deficitului, şcoli speciale cu semi-internat pentru corecteriopatii fără deficit manifest al funcţiilor de cunoaştere, şcoli speciale cu regim protejat pentru psihopatiile infantilo-juvenile constituţionale cu potenţial manifest infracţional.

Sistemul asistenţei profilactico-curative protejate în sector industrial, coperatist, spitale de zi şi spitale cu profil de ergoterapie remunerată.

B. *Profilaxia bolilor psihice prin factori exogeni de natură biogenă*

1. Prin factori toxici (etilismul, drogomaniile prin substanţe encefalotrope, intoxicaţii profesionale).
2. Prin factori infecţioşi (neurosifilisul).
3. Prin factori traumatici (cu precădere in ceea ce priveşte contuziile cerebrale prin accidente de muncă, accidente de circulaţie şi agresiune).

În această ordine de idei se poate proceda imediat la acţiune susţinută educativă, psihoterapică şi medicamentoasă organizată şi susţinută privind asanarea alcoolofiliei şi alcoolomaniei prin consumul neraţional sau contraindicat al băuturilor alcoolice care să ajungă pînă în instituţii şi întreprinderi, terapeutica necesară aplicîndu-se diversificat în întreg teritoriul arondat centrului psiho-social.

În privinţa neurosifilisului, prin controlul organizat şi accesibil pentru populaţie a lichidului cefalo-rahidian, la toţi bolnavii prezumaţi sau cunoscuţi ca fiind afectaţi de o infecţie sifilitică mai veche de 5 ani, indiferent dacă au fost trataţi sau nu.

Prevenirea decompensărilor psihotice la bolnavii trataţi şi remişi sau amelioraţi prin intermediul unei terapii medicamentoase de întreţinere controlată eficient, cît şi printr-o acţiune susţinută de reinserare socială corespunzătoare stării lor psihice.

Ca forme de asistenţă psihiatrică extraspitalicească, pot fi folosite, în raport de posibilităţile existente următoarele posibilităţi :

1. Dispensarizarea prin intermediul cabinetului de profil din policlinică ;
2. Încadrarea cu regim protejat în cooperative de invaliza care, în mod obligatoriu ar necesita să aibă încadraţi un minimum de 10% bolnavi psihici ;
3. Antrenarea în activitate productivă remunerată prin intermediul centrelor coopartiste cu regim sanatorial de zi, create pe lîngă spitalele de psihiatrie, în momentul apariţiei legislaţiei protective privind bolnavii psihici, legislaţie care a apărut deja în cadrul Ministerului Muncii pentru handicapaţi senzorio-motori ;
4. În acelaşi regim protectiv remunerat îl propune şi sistemul familial, formă atît de cunoscută de asistenţa psihiatrică pentru bunele sale rezutate.

Asistenţa psihiatrică extraspitalicească presupune, totodată, asigurarea tratamentului medicamentos de susţinere gratuit şi obligatoriu, corespunzător dispoziţiilor Ministerului Sănătăţii în vigoare, care urmează a fi urmărit nu numai de reţeaua de specialitate, ci şi de întreaga reţea medicală din teritoriu".

Pe baza acestor orientări de principiu care reflectau direcţiile fundamentale ale politicii sanitare ale partidului şi statului nostru, aşa cum au fost definite în hotărîrile de partid şi de stat, Serviciul psihosocial şi-a orientat în mod fundamental acţiunile de prevenţie primară, secundară şi terţiară cu focalizare particulară asupra problemelor de prevenire a riscului de eşec adaptativ instructiv-educativ, socio-profesional pentru populaţia tînără (preşcolară, şcolară şi universitară) ca şi pentru populaţia adultă activă din principalele întreprinderi industriale ale municipiului Iaşi, preocupîndu-se, totodată, de reinserţia şi reintegrarea socio-profesională a bolnavului psihic prin dezvoltarea în mod susţinut a asistenţei psihiatrice extraspitaliceşti.

Aceste acţiuni au fost precedate pînă în anul 1969 de studii şi cercetări întreprinse atît în municipiul Iaşi, ca şi în centrele judeţene din Moldova de către colectivul medical al Spitalului clinic de psihiatrie „Socola“ Iaşi, studii care vizau determinarea estimativă a morbidităţii prin boli psihice, ca şi necesităţile de intervenţie în vederea asigurării asistenţei psihiatrice extraspitaliceşti.

Crearea Serviciului psihosocial a permis studiul aprofundat al problematicii sociale a psihiatriei sub raportul evidenţierii determinantelor bio-psiho-sociale a fenomenelor de risc sau eşec adaptativ socio-profesional sau instructiv-educativ.

În acest sens au fost întreprinse studii ecologo-epidemiologice psihiatrice în relaţie cu morbiditatea generală prin boli de natură viscero-humorală considerînd că boala psihică reprezintă expresia concentrată în focar a morbidităţii generale la un moment dat.

Dintre studiile efectuate amintim că au fost sintetizate consultaţiile şi internările pe o perioadă de 10 ani în policlinicile, dispensarele de întreprindere şi circumscripţiile medicale din muncipiul Iaşi, ca şi internările în Spitalul „Socola“, pentru a determina cît mai aproape de realitate nivelul morbidităţii prin boli psihice, pentru municipiul Iaşi şi pentru a evalua nevoile reale de asistenţă psihiatrică. În acelaşi timp, în vederea aprecierii incapacităţii temporare de muncă în întreprinderile industriale ale municipiului Iaşi au fost studiate pentru un an de zile toate certificatele medicale acordate pentru o populaţie de peste 20 000 oameni ai muncii. În urma acestei acţiuni s-au acumulat şi au fost prelucrate cu metode clasice necomputerizate, un număr de aproximativ 500 000 fişe.

Din aceste studii rezultă că nivelul morbidităţii prin nevroze pentru copii este de 1 : 3 din totalul consultaţiilor cu un indice de incidenţă maximă de 42,15% la vîrstele 11—15 ani. În ce priveşte populaţia adultă, din centralizarea documentelor primare ale instituţiilor medicale din municipiul Iaşi, s-a constatat că în perioada 1960—1969, au fost luaţi în evidenţă pentru prima oară un număr de 9 868 cazuri (63,36% femei şi 36,63 % bărbaţi), cifră ce reprezintă 2 % faţă de totalul populaţiei municipiului Iaşi. În ce priveşte incidenţa diagnosticului de nevroză, în raport cu totalul afecţiunilor psihiatrice, reprezintă pentru perioada studiată un coeficient global de 86,38 %, dintre care 51,17 % femei şi 29,79 % bărbaţi.

Pe un număr de 21 355 angajaţi din principalele întreprinderi industriale, diagnosticul de nevroză reprezenta 10,08 % cu oscilaţii de la o întreprindere la alta de la valori de 1,80 % pînă la 28,36 %, raportat la totalul angajaţilor.

Cercetînd pe un număr de 15 443 oameni ai muncii din întreprinderile municipiului Iaşi incapacitatea temporară de muncă, s-a evidenţiat că pentru acea perioadă (1969) au beneficiat de concediu medical pentru boli psihice 2,62 % din total dintre care 2,11 % îl reprezentau stările nevrotice.

Pentru studenţii centrului universitar frecvenţa diagnosticului de nevroză apare cu o incidenţă de 92,5 % din totalul bolilor psihice aflate în evidenţă, cu o predominanţă de 50 % pentru studenţii anilor I, ceea ce arată o evidentă demodulare adaptativă la mediul universitar în primii ani de studii.

Din studiile efectuate apar cel puţin două circumstanţe esenţiale ;

În primul rînd este de reţinut că diagnosticul de nevroză vera este formulat adeseori cu o concomitentă ignorare a suferinţelor viscero-humorale care a fost evidenţiată în studiile întreprinse de Serviciul psihosocial ca avînd o frecvenţă de peste 70 % din totalul cazurilor studiate. Ignorarea suferinţelor viscero-humorale datorită cauzelor nevrotice de faţadă pot, pe de o parte să reprezinte şi un refugiu intenţional în boală, fie că în al doilea rînd pot avea un efect secundar iatrogen de inducere în conştiinţa bolnavului a unor stări subiective de boală sau să se confunde, de asemenea, fenomenele nevrotice cu stările de oboseală fiziologică sau cu stările de surmenaj.

Raportîndu-ne la oligofrenii, studiile Serviciului psihosocial au relevat că diagnosticul de oligofrenie ocupă locul al doilea (după nevroze) pentru municipiul şi judeţul Iaşi, cu o frecvenţă de 28,16 % din ansamblul consultaţiilor efectuate de către Cabinetul de neuropsihiatrie infantilă din policlinica municipală. Cel mai mare indice de frecvenţă (60 %) se situează în grupa 6—11 ani din totalul bolnavilor de oligofrenie, şi aceasta datorită faptului că deficitul psihic congenital sau cîştigat în prima copilărie devine manifest în perioada de solicitare adaptativă la efortul şcolar. Eşecul adaptativ şcolar este acela care, în majoritatea cazurilor determină în primul rînd familia sau şcoala să consulte medicul psihiatru şi să-i solicite sprijinul.

Un alt studiu efectuat de Serviciul psihosocial pe elevii aparţinînd claselor a VIII-a din municipiul Iaşi a demonstrat că un număr de 263 copii prezentau dificultăţi şcolare din cauza insuficientei dezvoltări psihice.

Urmărind aprofundarea analitică a datelor de mai sus în perioada 1970—1975, a fost explorat un lot de 5000 adolescenţi, elevi din municipiul şi judeţul Iaşi, comparativ cu un lot de aceeaşi vîrstă din municipiul Vaslui, pentru determinarea nivelului psiho-pedagogic, a cauzelor bio-psiho-sociale generatoare de eşec adaptativ instructiv-educativ, ca şi posibilităţile de recuperare psiho-pedagogică. Investigaţia a cuprins un total de 115 clase din 42 şcoli (12 licee şi 30 şcoli generale, dintre care 35 din mediul urban şi 7 din mediul rural).

Acest amplu studiu efectuat pe o perioadă îndelungată şi în echipă interdisciplinară ale cărei rezultate au fost publicate în monografia „Adolescenţă şi adaptare“ sub egida Centrului de studii şi cercetări pentru problemele tineretului filiala Iaşi, a evidenţiat, printre altele, un lot de 643 elevi din cei 5 000 investigaţi prezintă demodulări adaptative prin factori predominant biogeni de tipul hipofreniei primare (6,22%) sau secundare (23,32% = 150 elevi). În concepţia şcolii de la „Socola" (P. Brânzei), noţiunea de hipofrenie se referă la complexitatea interferenţelor marginale ale deficienţelor bio-psiho-sociale, concretizată în personalitatea infanto-juvenilă prin demodulări ideo-afective, volitive şi de conduită care determină o insuficientă capacitate adaptativ-integrativă la condiţiile de mediu social. Considerată din punctul de vedere al evoluţiei bio-psiho-sociale a edificării personalităţii, hipofrenia ca noţiune nepsihiatrică pune în evidenţă, în primul rînd factorii de risc adaptativ care interferează perturbînd interrelaţia individ-mediu ambiant în stadialitatea adolescenţei. În acest sens hipofrenia nu aparţine ca noţiune de domeniul patologiei mintale propriu-zise, după cum nu poate fi considerată nici ca o stare de normalitate psihică, atîta timp cît dificultăţile de adaptare întrunesc condiţiile generatoare de eşec adaptativ.

In sensul celor de mai sus, noi militãm pentru o instruire şcolară diferenţiată care să pună accent pe măsurile psihopedagogice de recuperare intensivă, compensată a particularităţilor şi cauzelor predominante pentru fiecare caz în parte şi în cadrul unor clase şcolare special organizate şi destinate acestui scop.

Incepînd cu anul 1974 a fost iniţiată preocuparea pentru formarea şi dezvoltarea personalităţii copilului, studiindu-se în mod particular evidenţierea, prevenirea şi corectarea factorilor de risc la copiii preşcolari în vîrstă de 5—6 ani din grădiniţele municipiului şi judeţului Iaşi.

Testele şi metodele folosite au oferit posibilitatea obţinerii unor informaţii cu privire la formarea şi dezvoltarea personalităţii, punînd în evidenţă particularităţi cu privire la percepţie, atenţie, memorie, gîndire, afectivitate, surprinzînd în acelaşi timp şi devenirile sau perturbările de dezvoltare apărute şi manifestate ca insuficienţe de maturare intelectivă, afectivă, de coordonare perceptiv-motorie, tulburări de limbaj etc.

Sub aspect statistic au fost etalonaţi următorii coeficienţi rezultaţi din utilizarea bateriei de teste: QI — coeficient de inteligenţă practică (după Kohs), QA — coeficient de achiziţie individuală (proba de informare), QM — coeficient mnezic (probele de memorie), SD — coeficient de dezvoltare (CAT şi alte probe).

Investigarea psihologică a copilului preşcolar prezintă interes pentru toate formele instituţionalizate (în primul rînd pentru familie şi şcoală), pentru cercetarea longitudinală obţinîndu-se nivelul fişei psihopedagogice. În acelaşi timp, investigarea reprezintă o formă particulară de eficienţă pentru depistarea activă a copiilor cu suferinţe viscero-humorale sau psihosomatice — intervenindu-se la timp pentru ameliorarea şi recuperarea handicapului pe care-l prezintă. In concepţia noastră, copiii care prezintă fenomene de risc adaptativ trebuie reexaminaţi dinamic pentru a se proceda adecvat în tratamentul lor, atît sub aspect biologic (tratament medical), cît şi sub aspect psihopedagogic (tratament familial şi şcolar).

Din prelucrarea statistică a explorărilor iniţiale efectuate pe un număr de 1 048 subiecţi, dintre care 530 fete şi 588 băieţi între 5,6—6,6 ani s-au delimitat următoarele rezultate la trei dintre testele utilizate:

Testul cuburilor Kohs (QI — inteligenţă psihogenetică), fete: QI = 0—60 s-au situat 66 fete din cele 530 (12,45%) care trebuiesc retestate în cadrul activităţii şcolare, deoarece prezintă o insuficientă dezvoltare mintală pentru vîrsta de 5—6 ani; băieţi QI între 0—60 = 98 subiecţi din 588 (16,66%), prezentînd aceeaşi situaţie.

Memorie 15 cuvinte: fete QM = 0—5 — 119 fete (22,45%), iar pentru băieţi QM = 0—5 — 111 subiecţi (18,87%). Peste 75% din subiecţi corelează cu testul cuburilor Kohs.

Memorie 15 imagini: fete QM = 0—5 — 41 fete (7,73%), iar băieţi QM = 0—5 — 36 (6,12%). Memoria vizuală verbală este mai eficace la aceeaşi vîrstă şi trebuie insistat mai mult asupra ei în cadrul învăţămîntului programat.

In medie, deci, 100 fete şi 100 băieţi (din 1 000 subiecţi) trebuiesc retestaţi şi urmăriţi în cursul dezvoltării ulterioare.

Pentru suplimentarea datelor preliminarii la cele trei teste pînă la nivelul mediei aritmetice, deci de progresie a valorii punctajului, prezentăm distribuţia subiecţilor, menţionînd că şi ei prezintă anumite particularităţi ale dezvoltării psihosomatice care pot fi recuperate prin individualizare şi urmărire activă în primii patru ani şcolari.

Testul cuburilor Kohs:

fete QI = 61—70 — 46 (8,68%) şi 51 (8,62%) băieţi hipofrenie gradul I;

fete QI = 71—80 — 47 (8,86%) şi 46 (7,82%) băieţi hipofrenie gradul II.

Memorie 15 cuvinte:

fete QM = 5,1—6 — 62 (11,69%) şi 64 10,88%) băieţi hipofrenie gradul I;

fete QM = 6,1—7 — 88 (16,60%) şi 78 (13,26%) băieţi hipofrenie gradul II.

Memorie 15 imagini:

fete QM = 5,1—6 — 41 (7,73%) şi 44 (7,48%) băieţi hipofrenie gradul I;

fete QM = 6,1—7 — 52 (9,80%) şi 56 (9,52%) băieţi hipofrenie gradul II.

In anul şcolar 1975/76 au fost investigaţi 2 800 copii preşcolari instituţionalizaţi dintre care 1 359 fete şi 1 431 băieţi. Lotul de investigare a cuprins: 25 grădiniţe cu orar prelungit cu un efectiv de 1 586 copii (tabelul 1); 25 grădiniţe cu orar redus, cu un efectiv de 936 copii (tabelul 2); 7 grădiniţe de întreprindere cu un efectiv de 268 copii (tabelul 3); 52 unităţi preşcolare din mediul rural cu un efectivde 580 copii (ulterior s-au mai investigat 56 subiecţi din mediul rural pe care nu i-am cuprins în calculele centralizate, cea ce reprezintă 636 copii din mediul rural) (tabelul 4).

In total au fost cuprinşi în calcul preliminar 2 800 subiecţi. Luînd ca teste de referinţă delimitativ testul cuburilor Kohs, complementat de testul de memorie care sînt etalonate în dublu orb, adică de psihologi şi de maşinile de calcul, conform anexelor de analiză psihostatistică şi a etaloanelor prezentate la sfîrşitul lucrării pentru dreptul de încredere a aprecierii ale aceleiași „unități de măsură", se pot consemna următoarele rezultate și constatări pentru copiii care prezintă risc adaptativ : — la grădinițele din mediul urban se remarcă că aproximativ 25% (din 2 800 copii examinați) prezintă risc adaptativ școlar ; — la grădinițele din mediul rural se remarcă că aproximativ 54% (din 580 copii examinați) prezintă risc adaptativ școlar, deci mai mult de jumătate (se menționează că în mediul rural au fost examinați numai copiii prezentați de grădinițe pentru dificultățile lor psihopatologice integrative).

Aceste prime delimitări care atestă un risc de adaptare școlară le-am subîmpărțit în trei categorii (în cadrul quartilului I inferior) din care reiese că :

— copiii examinați care intră în decilul I la cuburile Kohs în mod cert prezintă risc de adaptare școlară și pentru aceasta se recomandă frecventarea încă a unui an de grădiniță ; de fapt aceasta este situația cea mai gravă și necesită să i se acorde o atenție deosebită. În cadrul decilului I, în mediul urban, sînt în medie 11% (din 2 800 copii) subiecți examinați, ceea reprezintă 318 subiecți, fără a se remarca deosebiri semnificative între fete (162 = 11,92%) și băieți (156 = 10,90%). Aceeași situație o întîlnim și în cadrul celor 5 grupări de grădinițe din municipiul Iași, astfel : — cămine : fete, 87 = 11,57% ; băieți 89 = 9,67% ; total — 176 = 11,09% (din totalul de 1 586 subiecți, 752 fete și 834 băieți ; — grădinițe cu orar redus : fete — 59 = 12,52% ; băieți — 53 = 11,39% ; total — 112 = 11,97% (din totalul de 936 subiecți, 471 fete și 465 băieți) ; — grădinițe de întreprinderi : fete — 16 = 12,03% ; băieți 14 = 10,35% ; total 30 = 11,19% (din totalul de 268 subiecți, 133 fete și 135 băieți).

Dacă (după anumite cercetări) se admite pe plan mondial că aproximativ 4—5% din totalul populației o reprezintă oligofreniile, deocamdată preliminativ din situația prezentată prin examinările noastre la un an preșcolar ar rezulta că aproximativ 3—5% o reprezintă oligofreniile (QI = 0—40), iar 5—7% o reprezintă hipofrenia funcțională cu deficiențe psihosomatice (QI = 41—55) care în anumite condiții psihopedagogice poate fi în mare parte recuperativă. Deci, în mediul urban, copiii care intră în decilul I constituie subiecți cu risc adaptativ școlar cert, sub forma, deocamdată, a psihodiagnosticului de hipofrenie funcțională cu deficiențe psihosomatice, recomandîndu-se frecventarea în continuare a grădiniței (318 copii din municipiul Iași).

În grădinițele din mediul rural, situația este mult mai dificilă, deoarece în decilul I sînt cuprinși 34,13% din subiecți (adică 198 din 580, dintre care 93 fete = 33,09% și 105 băieți = 35,11%) ceea ce denotă că în mediul rural nu sînt deosebiri semnificative între băieți și fete. Dar deosebirile, după cum se constată, sînt înalt semnificative între mediul urban (11%) și mediul rural (34%).

Copiii din decilul 2 și prima jumătate a decilului 3 (pe care convențional am notat-o cu QI pentru facilitarea unor prelucrări ulterioare), prezintă situații îndoielnice, sau risc îndoielnic de adaptare școlară ; ei pot fi înscriși la școală dar ajutați în continuare prin metode specifice : în unele cazuri, copiii din decilul 2 pot frecventa grădinița numai dacă obțin adeverință de la Serviciul de sănătate mintală, prin reexaminarea imediată (aproximativ 50 de copii).

De fapt, referindu-se numai la copiii examinați în municipiul Iași, rezultă că în continuare, pe parcursul anului școlar 1976—1977 din 2 800 copii, 720 trebuiesc urmăriți și reexaminați, dintre care 318 în grădinițe, iar 402 în clasa I, de către organele care vor decide pentru a se clarifica în mod cert situația lor psihodiagnostică mai mult în sens recuperatoriu.

În anul școlar 1976/1977, prin examinarea copiilor de la grădinițe (grupa mare) și a elevilor de clasa I-a la solicitarea educatoarelor și învățătorilor, s-au depistat un număr de 705 cazuri cu risc instructiv-educativ în grădinițe și 468 de copii în clasa I-a. Din cei 468 copii examinați în școlile din Iași și care prezentau risc socio-familial, 196 handicap intelectiv și 29 copii ce proveneau din familii dezorganizate.

În anul școlar 1977/78 au fost examinați prin același procedeu un număr de 605 copii din grădinițe și 277 copii din clasa I-a, la care riscul de eșec adaptativ era de 104 cu handicap intelectual, 39 cu suferințe somatice, 43 cazuri prin dificultăți de tip socio-familial.

În cursul anului 1979, din totalul de aproximativ 4 000 copii s-au examinat 570 dintre care în 219 cazuri s-a evidențiat un potențial evident marcat de risc sever școlar, ceea ce reprezintă 6—9% pe ansamblul lotului total de copii la care ne raportăm. Pentru clasa I, din aproximativ 4 500 copii s-au examinat 547 elevi (230 fete și 317 băieți) din 33 școli ale municipiului Iași, din care se desprinde concluzia că potențialul de risc și eșec școlar reprezintă aproximativ 10%. Din totalul elevilor aparținînd claselor I, 368 prezintă handicap intelectiv, 75 copii au dificultăți școlare datorită suferințelor viscero-humorale, iar un număr de 125 cazuri obțin rezultate slabe în procesul instructiv-educativ din dificultăți de microgrup familial.

Un studiu aprofundat de testare psihologică în corelație cu anchetele sociale efectuat pe un număr de 480 elevi (270 băieți și 210 fete) cu dificultăți severe de adaptare instructiv-educativă a relevat că ponderea cea mai mare o dețin copiii originari din mediul urban (451 cazuri și numai 29 din mediul rural stabiliți în Iași). Dintre aceștia prezintă dificultăți de adaptare la procesul instructiv-educativ un număr de 123 copii datorită suferințelor viscero-humorale, 218 cazuri au obținut rezultate sub limită la testele psihologice, restul de 139 întîmpină dificultăți legate de lipsa de supraveghere sau prin condiții negative de microgrup familial.

Date fiind constatările de mai sus, Serviciul psihosocial a organizat, împreună cu Inspectoratul școlar județean grupe de stimulare psihopedagogică intensivă în echipă interdisciplinară (medic, pedagog, psiholog, logoped, defectolog) care au cuprins inițial un număr redus de elevi amenințați de a repeta anul. În anul școlar 1978/79 s-a aprobat prin intermediul Inspectoratului școlar județean Iași de către Ministerul Educației și Învățămîntului, în mod excepțional pe durata unui an școlar, funcționarea a 10 clase I-a de recuperare psihopedagogică intensivă, dintre care 5 în mediul rural și 5 în urban, cu un număr mediu de 15 copii pentru fiecare clasă. Pe baza activității diferențiate în acest fel, procentul de recuperare la aceste clase a oscilat între 39% (la școala generală nr. 8) și 70% (la școala generală nr. 7).

In ce privește mediul rural, din cele 85 comune ale județului Iași, în 53 comune care au prezentat situația copiilor cu eșec școlar, la solicitarea LOSP reținem următoarele cifre: 496 copii din grădinițe, 411 elevi din clasa I și 74 cazuri din căminele spital prezintă risc manifest de eșec instructiv-educativ (adică aproximativ 1 061 cazuri) care, raportat diferențiat la cele două grupe reprezintă o pondere de 6 și respectiv 10% din totalul populației școlare.

Datele expuse mai sus comportă un procent însemnat de aproximare, însă care trebuie luat în considerare avînd în vedere faptul că studiile întreprinse nu s-au adresat masei întregi de elevi și de aceea, după opinia noastră, numărul copiilor preșcolari, și școlari cu risc de eșec adaptativ este mai important decît pare la prima vedere.

În sprijinul celor de mai sus vin și datele pe care ni le furnizează consultațiile realizate de Cabinetul de neuropsihiatrie infantilă a Serviciului psihosocial care funcționează în cadrul policlinicii municipale Iași. Urmărind dinamica asistenței extraspitalicești infantilo-juvenilă în perioada 1975—1979, constatăm că au fost consultați anual în medie un număr de 14 287 copii, dintre care au fost spitalizați pentru boli neuropsihice în medie 273 cazuri. Pentru aceeași perioadă, Cabinetul de psihologie clinică pedopsihiatrică din policlinică a acordat în medie 2 854 consultații psihologice.

Raportîndu-ne la structura morbidității neuropsihice, așa cum decurge din documentele primare ale Cabinetului de neuropsihiatrie a Serviciului psihosocial, rezultă că în perioada 1975—1979 au fost consultați 2 987 copii cu oligofrenii, 3 123 cu epilepsie și 3 963 copii cu diagnosticul de encefalopatie.

Tot în sprijinul afirmației că numărul copiilor și adolescenților cu risc de eșec adaptativ este mai mare decît cel constatat de noi, vin și datele cu privire la cifra celor care au repetat școala, pe ansamblul județului reprezentînd 3 742 elevi în anul școlar 1977/78 și 4 161 elevi în anul școlar 1978/1979. Dacă adăugăm, la aceste cifre și pe cei 672 copii amînați în ce privește înscrierea în clasa I-a în anul școlar 1979—1980, considerăm că un număr de aproximativ 5 000 elevi în cadrul municipiului și județului prezintă dificultăți manifeste de adaptare în procesul instructiv-educativ.

Se cuvine, de asemenea, să amintim că se află deja în asistența medico-socială activă, în căminele spital și în instituțiile aparținînd Ministerului Muncii încă un număr apreciabil de copii și adolescenți.

Considerăm că în prezent, pe ansamblul județului necesită asistență complexă medico-psiho-pedagogică un număr semnificativ de copii și adolescenți, în care sens apare ca particular de presantă organizarea coordonată în echipă interdisciplinară complexă a unor măsuri ferme de prevenire a eșecului de adaptare școlară și socio-profesională.

Tabel nr. 1

CĂMINE

Nr. cămin	Total subiecți	din care :		Decil 1		Decil 2		Quartil 1		Total
		F	B	F	B	F	B	F	B	
1.	46	24	22	5	6	6	8	3	—	28
2.	25	15	11	—	1	—	—	1	—	2
3.	65	25	40	5	5	1	12	2	—	25
4.	18	7	11	—	—	—	1	1	—	2
5.	90	38	52	10	11	10	9	4	8	52
6.	38	24	14	3	3	1	2	3	—	12
7.	28	10	18	—	2	—	—	1	1	4
8.	48	23	25	—	2	1	—	1	1	5
9.	28	13	15	4	6	3	2	—	—	15
10.	19	8	11	—	—	—	1	—	—	1
11.	49	24	25	1	1	—	—	—	3	5
12.	141	68	73	5	10	9	5	1	4	34
13.	48	25	23	3	3	5	3	1	1	16
14.	81	39	42	1	1	1	4	1	—	8
15.	59	27	32	—	2	—	3	1	2	8
16.	119	55	64	3	5	3	6	1	3	21
17.	28	9	19	1	—	—	—	—	—	1
18.	90	42	48	4	3	3	3	1	3	17
19.	43	25	18	—	—	2	—	—	—	2
20.	104	57	47	15	8	7	15	7	4	56
21.	128	67	61	13	6	7	8	2	3	39
22.	79	36	43	—	—	1	4	1	—	6
23.	109	49	60	3	2	2	6	1	2	16
24.	50	21	29	6	8	2	6	1	1	24
26.	52	21	31	5	4	1	2	3	3	18
TOTAL :										
	1 586	752	834	87	89	65	100	37	39	417
				11,57%	10,67%	8,64%	11,99%	4,92%	4,67%	26,29%
				176		165		76		
				11,09%		10,40%		4,79%		

Tabelul nr. 2

GRĂDINIȚE CU ORAR REDUS

Nr. grădinițe	Total subiecți	din care :		Decil 1		Decil 2		Quartil 1		Total
		F	B	F	B	F	B	F	B	
1.	69	33	36	—	—	—	—	—	—	—
2.	40	26	14	8	5	3	3	3	1	23
3.	32	16	16	3	1	2	1	—	1	8
4.	43	24	19	7	3	1	4	—	—	15
5.	40	20	20	2	1	3	4	—	—	10
6.	54	32	22	1	2	1	1	1	—	6
7.	24	14	10	1	—	—	—	—	—	1
8.	12	9	3	1	—	1	1	—	—	3
9.	28	13	15	4	6	3	2	—	—	15
10.	49	27	22	2	1	2	1	2	3	11
11.	62	28	34	1	3	1	2	—	1	8
12.	43	20	23	1	4	2	4	—	2	13
13.	60	26	34	—	—	—	—	1	—	1
14.	50	30	20	7	6	6	3	3	2	27
15.	25	13	12	3	1	3	3	—	1	11
16.	24	11	13	—	1	3	3	—	—	6
17.	19	10	9	3	4	2	—	1	1	11
18.	18	7	11	—	2	1	1	—	—	4
19.	63	27	36	2	3	1	7	1	1	15
20.	23	9	14	4	1	—	1	1	4	11
21.	40	15	25	3	2	2	1	1	—	9
22.	43	20	23	3	3	3	4	1	2	16
23.	24	15	9	2	1	—	—	1	—	4
24.	26	14	12	1	2	—	1	—	—	4
25.	25	12	13	—	1	—	1	—	—	2
TOTAL :										
	936	471	465	59	53	39	48	16	19	234
				13,52%	11,39%	8,28%	10,32%	3,39%	4,08%	25,0%
				112		87		35		
				11,97%		9,29%		3,74%		

Tabelul nr. 3

GRADINIȚE DE ÎNTREPRINDERE

Nr. grădinițe	Total	din care :		Decil 1		Decil 2		Quartil 1		Total
		F	B	F	B	F	B	F	B	
1.	17	6	11	2	4	—	1	1	—	8
2.	19	12	7	1	—	—	—	—	—	—
3.	103	54	49	7	3	4	—	3	2	19
4.	26	8	18	2	4	1	2	1	1	11
5.	27	14	13	—	—	—	1	1	2	4
6.	19	9	10	1	1	2	3	3	1	11
7.	24	13	11	2	2	2	1	1	2	10
8.	19	10	9	—	—	1	1	1	1	4
9.	14	7	7	1	—	—	—	—	—	1
TOTAL :	268	133	135	16	14	10	9	11	9	69
				12.03%	10,35%	7,51%	6,66%	8,27%	6,66%	25,75%
				30		19		20		
TOTAL :										
25 cămine	1 586	752	834	87	89	65	100	37	39	417
25 grădinițe cu orar redus	936	474	462	59	39	48	16	19	234	
9 grădinițe de întreprindere	268	133	135	16	14	10	9	11	9	69
TOTAL :	2 800	1359	1431	162	156	114	157	64	67	720
				11,92%	10,90%	8,39%	10,49	4,71%	4,68%	25,71%
				318		271		131		
				11,35%		9,67%		4,69%		

Tabelul nr. 4

Nr. grădinițe	Total	din care :		Decil 1		Decil 2		Quartil 1		Total
		F	B	F	B	F	B	F	B	
1.	46	15	31	6	14	1	6	1	2	30
2.	15	7	8	2	3	1	2	1	1	10
3.	59	31	28	9	10	4	3	3	1	30
4.	61	30	31	10	17	7	8	3	3	48
5.	33	18	15	3	3	2	3	1	—	12
6.	36	23	13	19	11	1	1	1	—	33
7.	60	28	32	4	4	—	—	2	3	13
8.	43	18	25	10	12	—	8	1	1	32
9.	59	28	31	10	7	6	3	2	2	30
10.	73	30	43	8	7	7	3	1	3	29
11.	38	20	18	2	5	1	1	1	—	10
12.	57	23	34	10	12	2	8	3	3	38
TOTAL :	580	281	299	93	105	32	46	20	19	315
				33,09%	35,11%	11,38%	15,38%	7,11%	6,36%	54,28%
				198		78		39		
				34,13%		13,45%		6,72%		

URBANIZARE, INDUSTRIALIZARE ȘI SANATATE PUBLICA

Gh. Zamfir
— *Iași*

Progresul civilizației în ansamblul lui (urbanizare, explozie demografică și concentrare masivă a populației în orașe, industrializare vertiginoasă și tot mai variată cu mecanizarea și automatizarea proceselor de producție, dezvoltarea intensă a traficului mecanizat, chimizare a agriculturii și chiar a economiei casnice ș.a.) au modificat profund mediul de viață și de muncă al omului, nutriția lui, calitatea aerului pe care îl inhală, a apei de băut etc. creind noi, variate și complexe probleme de mediu. Numeroasele produse de sinteză care au invadat economia societății moderne și a căror folosință face parte integrantă din modul de viață al acestui sfîrșit al secolului XX, exercită totodată și o serie de efecte nocive pentru organism, efecte care într-o mare măsură nu ne sînt decît parțial cunoscute sau chiar, pentru unele substanțe și agenți complet necunoscute. Aceasta întrucît majoritatea acestor substanțe și compuși își dovedesc rapid eficacitatea, societatea beneficiind de pe urma lor în mod larg, dar efectele nocive pentru mediu și organism sînt sesizate mult mai tîrziu. Este cazul bine cunoscut al materialelor plastice, detergenților, pesticidelor, izotopilor radioactivi etc. Spre radicală deosebire de poluanții clasici, noii poluanți menționați nefiind biodegradabili. decît cu totul parțial și numai după un timp îndelungat, autopurificarea mediului de acești poluanți se efectuează extrem de lent. Persistența lor îndelungată în mediu pe de o parte, acumularea și concentrarea unora dintre acestea în organism pe de altă parte, ridică probleme dificile, de protecție a mediului și de sănătate publică, care reclamă cercetări complexe și îndelungate. Poluarea mediului, răzbunarea progresului tehnic, amenință sănătatea omului, extinzîndu-și consecințele nefaste asupra vieții lui sociale și economice.

Este cunoscut faptul că în ambianța naturală a biosferei, există un echilibru ecologic la armonia căruia, omul participă în cea mai mare măsură. Constituienții mediului vegetal și animal, alcătuiesc un tot unitar, un sistem care trebuie să rămînă omogen. Ca sisteme deschise, absorbind și eliminînd materie, consumînd energie, ființele vii sînt într-o permanentă competiție pentru a-și însuși hrana. Omul nu este decît un component printre celelalte., al acestui ansamblu concurențial. Departe de a stăpîni mediul său natural, omul îi suferă influenţa şi la rîndul lui îl influenţează. Se tinde astfel la stabilirea, între aceşti componenţi ai mediului, a unei stări de echilibru, a unui echilibru dinamic şi destul de fragil. Dacă o ruptură intervine în acest ansamblu, noua situaţie creată, va reprezenta o prejudiciere a tuturor componenţilor sistemului. Numai într-un echilibru ecologic, omul găseşte condiţia bunei lui stări, a sănătăţii fizice, psihice şi armonia relaţiilor sale sociale. Orice ruptură a acestui echilibru impune organimului uman o reacţie de adaptare, în lipsa căreia propriile lui funcţiuni sînt prejudiciate. Or în societatea modernă nu lipsesc cauzele care să creeze condiţii ale dezechilibrului ecologic. Urbanizarea şi industrializarea, creşterea demografică galopantă, dezvoltarea rapidă a tehnologiei, nevoile crescînde ale omului însuşi, pe măsură ce creşte nivelul său de viaţă, au condus la o intensificare a alterării mediului de aşa natură încît posibilităţile lui de adaptare sînt adesea depăşite. Răspunsul organismului viu la un mediu modificat este, după cum se ştie,, fie adaptarea contiuuă, fie boala atunci cînd posibilităţile de adaptare sînt depăşite. Fără a subestima progresul pe care urbanizarea, industrializarea, tehnica şi tehnologia îl reprezintă pentru societatea modernă ca : locuinţe confortabile, produse industriale, alimentare etc. în cantităţi suficiente şi variate, acest progres a adus cu sine, ca efecte colaterale şi nedorite, o alterare progresivă a mediului care a conturat şi o nouă patologie, caracterizată prin creşterea incidenţei bolilor cronice nespecifice : ateroscleroza, bolile coronariene, cancerul bronhopulmonar, bronşita cronică şi emfizemul, astmul bronşic, bolile neuropsihice, accidentele de circulaţie etc.

In marile centre urbane apar, în formele lor cele mai grave, problemele cauzate de schimbarea rapidă a mediului uman. În aceste centre, mediul fizic devine din ce în ce mai poluat, iar mediul artificial al locuinţelor, spaţiul vital restrîns, zgomotul intolerabil, lipsa spaţiilor verzi, distanţele mari între locuinţă şi locul de muncă, parcurse în vehicule aglomerate care cresc gradul de oboseală şi transformarea mediului social, constituiesc factori propice dezvoltării bolii, tulburărilor psihologice şi sociale. În atari oraşe se înregistrează o mortalitate mai crescută printr-o serie de afecţiuni decît în centrele de mărime mijlocie sau în cele rurale. Studii şi statistici tot mai numeroase au scos în evidenţă deplina corelaţie ce există între intensitatea de poluare a aerului şi mortalitatea prin afecţiuni ale aparatului respirator. Pe măsură ce avem de-a face cu centre populate mai mari, mai urbanizate şi industrializate, deci mai populate, pe aceeaşi măsură incidenţa cancerului bronhopulmonar, a bronşitei şi emfizemului creşte. De asemenea, cantităţile de substanţe cancerigene detectate în aerul poluat al oraşelor sînt în cantităţi cu atît mai mari cu cît oraşul este mai dezvoltat sub raportul numărului de populaţie, urbanismului, industriei şi traficului motorizat.

Urbanizarea într-un ritm rapid al oraşelor, cu constituirea ambianţei lor specifice menţionate, cu caracter stressant, acţionează în mod direct şi indirect asupra orăşenilor, asupra sistemului lor nervos şi îndeosebi asupra funcţiei lor psihice, contribuind la apariţia de tulburări psihosomatice şi hormonale. Ca un răspund de protecţia la acţiunea factorilor stressanţi ai mediului urban, sistemul adrenohipofizar încearcă să învingă influenţa acestor factori prin hiperfuncţie. Atunci cînd organismul nu este capabil să le facă faţă prin mecanisme reglatorii hormonale, apar fenomene patologice. Factorii stressanţi ar avea un rol important în apariţia bolii ulceroase, a unor tulburări metabolice şi hormonale (hipertiroidii, diabet etc.) a unor boli cardio-vasculare, putînd afecta coronarele, induce hipertensiunea arterială etc.

Studiindu-se incidenţa bolii ulceroase în mediul urban şi rural, s-a constatat o incidenţă mai crescută a acesteia în mediul urban.

Printre afecţiunile induse de stress, o atenţie particulară trebuie acordată bolii coronariene, atît formei ei anginoide cît şi celei trombotice. Cu o incidenţă maximă la grupul de vîrstă 50—60 ani, boala coronariană este deosebit de frecventă la unele profesii, intelectuali şi în special la medici, unde îmbracă aproape caracter profesional. Potrivit unor date publicate de O.M.S., mortalitate prin cardiopatii ischemice în ultimii 30—40 de ani este în continuă creştere în ţările dezvoltate. Astfel în S.U.A. şi Marea Britanie, 1/3 din decesele la bărbaţi între 35—64 ani sînt cauzate de aceste afecţiuni.

Hipertensiunea arterială este dependentă de factorii stressanţi caracteristici îndeosebi meniului urban. Un studiu făcut pe un număr de persoane dintr-o serie de sate din regiunea muntoasă a Anzilor, din care o parte s-au stabilit la Lima, a pus în evidenţă faptul că, tensiunea arterială la cei stabiliţi în oraşul Lima era simţitor mai crescută faţă de aceea a semenilor lor rămaşi în mediul sătesc. Este de asemenea cunoscut faptul că în timpul celor 500 de zile cît a durat blocada Leningradului, autorii sovietici au constatat o creştere importantă a numărului de hipertensivi din acest oraş.

Disfuncţiile hormonale ce se remarcă într-o proporţie mai crescută la orăşeni pot fi atribuite într-o bună măsură factorilor stressanţi. Astfel, s-a raportat de către numeroşi autori că, numărul crescut de diabetici şi de tulburări ale ciclului menstrual în mediu urban, s-ar datora între altele şi influenţelor pe care factorii stressanţi le-ar avea asupra sistemului nervos vegetativ.

Lipsa de exerciţii constituie o altă caracteristică a vieţii citadine, care se însoţeşte, între altele, de obezitate. Măsurători pedometrice efectuate pe un număr de orăşeni obezi au arătat că aceştia parcurg zilnic pe jos 6 km, în timp ce un alt grup de orăşeni, grupul de control cu profesii similare cu cele ale obezilor, parcurg pe jos zilnic 10 km. Cercetări similare efectuate în Boston, pe un grup de tinere, au arătat că în timp ce obezele parcurg pe jos 3—5 km, celelalte, grupul martor, parcurg 8 km. În plus, tinerele obeze investigate se mişcau în general mai puţin şi petreceau un timp mai îndelungat în faţa televizoarelor. Datorită acestui din urmă motiv, alţi autori au relevat creşterea numărului copiilor şi adolescenţilor obezi. Dacă la aceasta mai adăugăm faptul că numărul mare în permanenţă creştere de vehicule auto favorizează lipsa de mişcare, înţelegem cauzele frecvenţei mărite a obezităţii în mediul urban. Or, obezitatea se însoţeşte după cum se știe, de o frecvență mai mare a diabetului, de tulburări vasculare, de o incidență mai crescută a bolii coronariene, de o creștere a procentului de mortalitate etc. Scăderea indicelui de morbiditate la cei care și-au redus greutatea corporală în urma tratamentului de slăbire este bine cunoscută. Viața trepidantă a cetățenilor care trăiesc în orașele mari, în care sursele de stimuli iritativi sînt numeroase și unde odihna este perturbată, se întovărășește de o frecvență crescută a tulburărilor și afecțiunilor psihice.

Este cunoscută nervozitatea mărită și frecvența insomniilor la cei care locuiesc în marile orașe, simptome tipice care traduc efectele psihice cauzate de stimulii nocivi urbani. Consumul de medicamente calmante, antinevralgice, somnifere etc. este mult mai crescut în marile orașe, fapt ce a sesizat experții OMS-ului care au luat în studiu această problemă.

După Horn, populația Austriei, de 6,9 milioane, consumă anual 40 milioane tablete pentru somn, iar în R.D.G. în 89% din locuințe aceste tablete se găsesc oricînd. Medicii englezi prescriu circa 20 milioane tablete pentru somn anual.

Numărul persoanelor cu tulburări mintale, ca și una din formele acestor tulburări, delincvența juvenilă, este într-o permanentă creștere în marile orașe. Dacă procentul delincvenților infantili va continua în același ritm, afirma un psihiatru american, 12 % din tinerii din această țară vor apare cel puțin o dată pe an în fața tribunalelor.

Numeroși autori atrag atenția asupra creșterii incidenței tulburărilor mintale în centrele mari urbanizate și industrializate. Autorii englezi au evidențiat faptul că din cauza nevrozelor, industria britanică pierde anual 18 milioane ore muncă. Dintre cei care primesc concedii medicale, 35 % sînt cu diagnosticul de nevroză. După o serie de statistici, procentul nevroticilor este de 6 ori mai mare în orașe decît în zonele rurale. În Statele Unite, tulburările mintale cauzate de factorii stressanți urbani, inclusiv inadaptarea la unele condiții de muncă, sînt foarte crescute. Din 1 000 de locuitori ai cartierului Mannhatan din New York, 5 sînt sub tratament spitalicesc permanent pentru tulburări mintale, iar 8 solicită tratament ambulator.

Tulburările psihosociale par a fi consecințe inevitabile ale evoluției rapide a societății, pe care o antrenează industrializarea și care determină schimbarea bruscă a modului tradițional de viață. Ruptura tradițiilor familiale, dislocărilor familiale, confruntarea cu un număr crescînd de situații noi și neașteptate, la care individul, în particular cel recent transferat la oraș, nu se poate adapta într-un timp foarte scurt, se însoțește de tensiuni și șocuri afective care se traduc prin tulburări de comportament, tulburări psiho-nervoase, delincvență, crimă, prostituție, toxicomanie, alcoolism etc., manifestări curent semnalate în marile orașe industrializate și urbanizate.

Alcoolismul cronic, frecvent intîlnit la anumite categorii citadini și care pare legat de modul de viață (condiții nesigure de muncă, izolare socială, demoralizare), contribuie, de asemenea la creșterea numărului de tulburări și afecțiuni neuropsihice.

În centrele populate, principalele artere de circulație, zgomotele determinate de vehicule de transport, îndeosebi în orele de vîrf ale circulației, ajunge la un asemenea grad de intensitate, încît cauzează populației serioase perturbări psihonervoase, iar după unii autori și tulburări cardio-vasculare. Timp de mai multe ore pe zi, iar în unele centre în mod aproape permanent, intensitatea zgomotului depășește pragul admis de 35—40 dB sau 60 foni. Acțiunea cronică a zgomotului asupra citadinilor și consecințele lui morbide serioase justifică includerea lui în grupul principalilor factori urbani nocivi.

Din cele prezentate pînă aici, se poate desprinde ca o concluzie principală că, procesul de urbanizare care pînă în prezent, în multe țări ale lumii s-a desfășurat în mod spontan, trebuie controlat și dirijat. Deoarece nu este posibil și nici rațional ca acest proces să fie oprit ori încetinit, el trebuie atent examinat, atît sub raportul dezvoltării sale tehnice urbanistice, cît și sub acel igienic și biologic. Este necesar ca factorii de stress și poluare, care supraîncarcă și molestează organismul, să fie limitați la maximum. Orașul a devenit în multe părți ale lumii un mediu arificial, cu multe elemente denaturate care pot afecta serios sănătatea locuitorilor săi. Acest mediu devine din ce în ce mai artificial, distanțîndu-se continuu de mediul natural cu care omul, odinioară, în timpul dezvoltării sale filogenetice, a format o unitate biologică. Este datoria oamenilor de știință, tehnicienilor, economiștilor, și urbaniștilor etc. să prevină sau cel puțin să restrîngă la minimum prejudiciile pe care orașul astfel denaturat, le poate aduce sănătății publice.

Mediul urban trebuie studiat în întreaga lui complexitate, cu efectele lui multiple asupra organismului, în diversele etape ale dezvoltării lui ; copilărie, adolescență, vîrsta adultă și înaintată. Mediul urban trebuie să devină un mediu optim, care să protejeze viața și activitatea locuitorilor săi.

The development of populated centres, their urbanization and industrialization, the modernization of the of the agriculture, the mechanization of the transport means and of the work process, have led to an important improvement of the living and working conditions of the urban population as well as to a better supply with the most varied products necessary for the human life. But, in the same time, the urbanization and industrialization have determined some undesired and unnoticed in good time consequences from the point of view of their effects on the environment and on the human organism health. The environment pollution of the air, water, soil, food products the aglomeration, the noise and the multiple stresses which have accompanied the urbanisation, have had as effects the promotion of a high incidence of the chronical degenerative diseases and especially of the cardio vascular, tumoral, neuro-psychical diseases, circulation accidents etc.

The struggle against these forms of the environment alteration in the view of the sanogenese promotion will also constitute in the same time the struggle for the prevention and combat of these chronical diseases specific to the contemporary developed society.

PERSONALITATEA ȘI REVOLUȚIA ȘTIINȚIFICĂ CONTEMPORANĂ ÎN PERSPECTIVA PROBLEMATICII DE SANATATE MINTALA

M. Șelaru, V. Șerb, Dorina Bucur-Șelaru
— *Iași*

Omul este nu numai natură umanizată, ci predominant esență umană ce se exprimă în și prin ansamblul relațiilor sociale, personalitatea reprezentînd rezultatul necesar al evoluției social-istorice, a socializării superioare a ființei umane în cadrul și prin intermediul lumii supraorganice pe care a creat-o colectivitatea umană în confruntarea sa neîntreruptă, dramatică dar eroică și de cele mai multe ori victorioasă cu natura înconjurătoare și în raport cu lumea pe care omul a creat-o.

În acest vast și îndelungat proces fiecare individualitate exprimă și rezumă retrospectiv simultan cu acțiunile sale prezente, întreaga istorie pe care a realizat-o speța umană și prin intermediul căreia fiecare s-a realizat ca om, devenind cu atît mai uman cu cît a devenit prin acumularea umanului, mai social. În acest mod omul, personalitatea, ne apare în ansamblul condițiilor obiective ale dezvoltării societății ca produs și rezultat al acțiunilor individuale și colective, ca subiect și obiect al existenței sale demiurgice și prometeice totodată.

Din acest punct de vedere istoria reprezintă nu numai activitatea concretă, practică a ființei umane, dar totodată, activitatea ideală, un proces indestructibil de subiectivare prin activitate a lumii obiective pe care a transformat-o, obiectivîndu-se în și prin intermediul existenței sociale care i-a modelat și perfecționat structurile sale inițiale și format pe cele ideale.

De la antropogeneză și pînă la neogeneză și de la nivelul de reactivitate biopsihică elementară, pînă la structurile ideale ale conștiinței colective și individuale, omul reprezintă, grație activității, expresia condițiilor materiale obiective și subiective de dezvoltare social-istorică, rezultatul acestor condiții, dar și titanul creator la rîndul său de oameni și societate. Omul reprezintă în sinteză unică expresia dinamică în planul dezvoltării social-istorice a tuturor condițiilor biologice, sociale și psihologice în care factorul modelator-formativ l-au deținut și-l dețin condițiile sociale în acțiunea lor determinantă și concomitent corelativă cu trăsăturile naturale și subiective, individuale și colective, cu diversitatea lor particulară și universală ca manifestări în planul concret de expresie a existenței în acțiune a fiecărei personalități, în cadrul relațiilor plurivalente, plurinivelare și plurisemnificative de micro și macrogrup, ce se stabilesc calitativ diferit, atît în raport cu nivelul de dezvoltare a societății, cît și sub raportul calitativ al dezvoltării ontogenetice individuale.

În acest vast proces de formare și dezvoltare a personalității în raport de dezvoltarea societății și de nivelul de subiectivare conștientă a necesității, s-au manifestat sub raporturi calitativ diferite în mod legic și unitar, dar dialectic contradictorii totodată, atît factorii obiectivi ca și cei subiectivi, factorii conștienți ca și cei de natură stihiinică, cei legic controlați și planificați ca și cei aleatori în relațiile lor dinamice, complexe dintre necesitate și întîmplare, dintre obiectiv și subiectiv, dintre determinările naturale și cele sociale, dintre factorii de natură biologică și cei psiho-sociali etc., care au acționat simultan și cu semnificații diferențiate în formarea personalității prin intermediul activității practice sociale concrete de transformare a naturii și societății.

Stilul în care și prin care se realizează socializarea umană se află în dependență de nivelul diferit de dezvoltare al societății, de caracterul predominant al orînduirii sociale, de tipul și calitatea orientărilor politico-ideologice în raport cu colectivitatea umană, de locul pe care-l ocupă individualitatea în asamblul relațiilor sociale, de caracterul, multitudinea și calitatea relațiilor dintre oameni, dintre diversele colective micro și macrosociale etc., toată această diversitate de influențe exercitîndu-și în și prin activitatea cu rol determinant modelator-formativ asupra trăsăturilor fundamentale ale personalității, în strînsă corelație cu particularitățile individuale genotipice.

Nivelul și calitatea dezvoltării social-economice, a calității vieții materiale și spirituale își pun amprenta în mod determinant asupra trăsăturilor personalității, nu direct ci indirect prin intermediul factorului subiectiv însăși, condițiile obiective se află în relație interdeterminativă de dezvoltare, dacă se are în vedere concomitent rolul activ al conștiinței în dezvoltarea social-umană însăși.

De aceea, considerăm că nivelul de realizare a calității vieții însăși reprezintă nu numai o etapă nouă de dezvoltare socială ci și un important factor de reglare comportamentală interumană și de integrare într-un tot unitar superior, a diverselor rol-statusuri realizate prin activitate de fiecare individualitate și interiorizate individual la un nivel calitativ superior de civilizație și cultură.

Subliniem însă că noi considerăm că în determinarea calității vieții și a sănătății, important și hotărîtor este, desigur, nivelul de dezvoltare social-economică, însă în același timp, și nu de mai mică importanță este nivelul de realizare umanist-socialistă a însăși interrelațiilor umane cu rol atît de important în structurarea, organizarea și dezvoltarea sistemului psihic al personalității ca și a sistemului de valori pe care îl crează, îl vehiculează și îl promovează și în raport cu care se autocrează fiecare individualitate. În însăși noțiunea de calitate a vieții vom cuprinde nu numai ce este general superior în cadrul existenței, dar și ceea ce este calitativ superior realizat individual și particular, pentru fiecare personalitate sub raportul dialectic al relațiilor dintre individual și particular, dintre esență și fenomen ca și modul în care se realizează acestea în funcție de calitatea însăși a existenței sociale.

Abordarea raporturilor dintre revoluția științifico-tehnică și personalitate nu se poate realiza în mod corespunzător decît ținînd cont de tipul și calitatea orînduirii social-economice în care-și desfășoară activitatea fiecare individ, de nivelul de dezvoltare a vieții materiale și spirituale a societății, de locul și de rolul populației în raport cu mijloacele și forțele de producție, de locul pe care-l ocupă în ansamblul relațiilor sociale ca și de tipul de calitatea acestor relații particulare pentru fiecare orînduire ca și pentru fiecare țară în parte.

Revoluția științifico-tehnică a influențat în mod important toate domeniile existenței sociale, conferind valențe noi însăși activității umane. Ritmul alert imprimat activităților umane de către revoluția științifico-tehnică a determinat și intensificarea solicitării proceselor activității psihice, această intensificare avînd atît un caracter extensiv, dar îndeosebi intensiv ce reflectă fenomenele alerte de dezvoltare social-economică, ca și corelatele lor calitative în planul dezvoltării unor noi trebuințe și motivații ideo-afective pentru fiecare personalitate în parte, ca și pentru societate în ansamblul ei. Această dezvoltare rapidă social-economică a determinat în feed-back-uri reverberative, crearea în ritm accelerat „nu numai a obiectului pentru subiect, ci și a subiectului pentru obiect“, ceea ce are drept consecință activarea și punerea în valoare a resurselor fizice și ideo-afective cu un efort de maximă angajare în această diurnă răsturnarea de valori și de creare conștientă a unor noi valori materiale și spirituale, în care se manifestă concomitent elemente pozitive optimizatoare ca și fenomenele demodulatorii de risc adaptativ.

În același timp, bombardamentul informațional, lărgirea sferei și a conținutului cunoștințelor despre lumea obiectivă cu toate aspectele pe care le implică selectarea valorilor de nonvalori sau de antivalori, a adus cunoașterea umană în situația de a conștientiza din punct de vedere al omului ca obiect și subiect al acțiunilor sociale, aspectele fundamentale ale existenței naturale și sociale, ale ființei umane însăși și de a-și autoregla în mod conștient fenomenologia comportamentală pentru a evita însăși riscul nonexistenței și dezvoltării psihosociale.

Bogăția impresionantă de noi cunoștințe ce se acumulează în ritm rapid grație revoluției științifico-tehnice au accentuat gradul de mediere a acțiunilor și cunoștințelor umane apărînd, în același timp necesitatea unei selecții anticipative predominant probabiliste dar conștiente, într-un univers informațional extraordinar de vast, și de aici apariția concomitentă a necesității intensificării acțiunilor de psihoprofilaxie colectivă.

Aceasta a determinat optici noi cu privire la abordarea cauzalității de tip clasic, și în formularea prognozelor ca și în elaborarea de modele și modelări ale unor procese în diferite domenii și în care probabilitatea formulărilor optime este în funcție nu numai de condițiile obiective ci și de comportamentul subiectiv individual și colectiv.

Comportamentul subiectiv uman este conceput, ca și cel al fenomenelor obiective, deosebit de bogat din punct de vedere probabilist și înasemenea condiții devine cu atît mai necesar și evident rolul conștiinței și al cunoștințelor științifice, ca și al unei concepții materialist-dialectice despre lume, nu numai pentru prognozele colective particulare fiecărei colectivități în parte, dar mai ales pentru activitatea practică a fiecărei personalități. În acest context de preocupări acțiunile de promovare a sănătății mintale dețin un rol prioritar.

În condițiile noi se accentuează în mod particular caracterul material al cunoașterii umane, se accelerează și se adîncește gradul de socializare a activităților individuale ,individualitatea ca atare realizîndu-se mai amplu prin intermediul și în cadrul colectivității care-i aparține, iar personalitatea ca atare pe măsură ce-și universalizează conținuturile și-și însușește și mai mult esența umană, se individualizează cu atît mai mult cu cît sînt mai variate, mai ample, mai profunde și mai pline de semnificație general umană sînt realizate prin activitate rol-statusurile sale. De aceea, considerăm că revoluția științifico-tehnică contemporană implică personalitatea simultan sub raportul unitar al structurilor sale biologice, psihologice și sociale în sensul fenomenelor de asimilare și acomodare adaptativă dinamică, activă, conștientă și particular creatoare de societate și de oameni.

Fenomenul creativității devine o manifestare de masă al personalității cu rol decisiv în rezolvarea problemelor fundamentale ale societății contemporane, dublată însă în mod necesar de atitudine opțională și acțională, profund responsabilă pentru necontenita optimizare a destinelor umane. Pentru aceasta însă, apare într-o amplă realitate cu valoare plurifuncțională procesul de instrucție, educație și autoeducație permanentă care amplifică forțele și eficiența activității umane infinit diversificată, dar mediază și mai mult interrelațiile dintre om și natură, crește gradul de automatizare și cibernetizare a producției, ceea ce solicită în mod particular procesele psihice superioare de opțiune, decizie, și predicție, dar în același timp, crează în mod inevitabil condițiile apariției sau manifestării unor fenomene de risc adaptativ, în absența unor măsuri profilactice științific formulate și rațional acceptate și aplicate. În acest sens, considerăm că dezvoltarea multilaterală a personalității, pe care o reclamă și o favorizează îndeosebi în condițiile socialismului revoluția științifico-tehnică, solicită simultan acțiuni conjugate de prevenire a fenomenelor de suprasolicitare, de stress și risc demodulativ adaptativ instructiv-educativ și socio-profesional, prin măsuri corespunzătoare de promovare și apărare a sănătății mintale prin cointeresarea întregii colectivități sociale.

Revoluția științifico-tehnică, accentuînd gradul de socializare a personalității, pune sub un nou raport însăși valoarea, calitatea modelator-formativă a interrelațiilor umane ca factor stimulator sau frenatar în dezvoltarea personalității. Fenomenului de accentuare a procesului de înstrăinare și alienare a personalității, componentă structurală intrinsecă producției bazată pe inechitatea dintre forțele și relațiile de producție, socialismul îi opune un nou tip de raporturi calitativ diferite între componentele fundamentale ale existenței sociale, dar și un nou tip de relații interumane bazate pe principiul colaborării și întrajutorării reciproce, în spiritul principiilor profund umaniste ale eticii și echității socialiste ca elemente componente determinante pentru o nouă calitate a vieții.

În spiritul acestor orientări și realități ale societății socialiste, interrelațiile umane de micro și macrogrup devin mijloace stimulative de amplificare și diversificare a relațiilor dintre om și lumea obiectivă și dintre oameni, factori determinanți de stimulare și perfecționare a activității, de îmbogățire și dezvoltare multilaterală a registrelor ideative și afective ale personalității. În acest context apar și se manifestă motivații de ordin superior în sensul participării integrale și conștiente la activitățile desfășurate de societate, sînt stimulate forțele creatoare ale personalității și crește în același timp, domeniul de manifestare al libertății în opțiunile individuale și colective.

Corelativ însă, în dezvoltarea dialectică a acestor fenomene de edificare și dezvoltare a personalității există, în același timp, riscul apariției unor fenomene de barieră psihologică, subiectivă în procesul angajării responsabile, fenomene care țin de nivelul de conștiință grevat de unele influențe negative de microgrup sau de unele tradiții în contradicție cu conștiința socială avansată, ceea ce devine o frînă în realizarea procesului de socializare și integrare activă a individualității în raport cu normativitatea socială, insuficient sau deficitar integrată la un nivel subiectiv corespunzător. Din acest punct de vedere inerția, prejudecata, satisfacțiile la nivelul unor trebuințe și motivații minime și a unor aspirații mediocre sînt fenomene subiective frenatorii în realizarea unor atitudini responsabile și activ participative la realizarea socializării prin activitate necesar creatoare a personalității.

Aceste aspecte negative în realizarea plenară a esenței umane pot fi prevenite prin amplă acțiune de educație individuală și colectivă desfășurată de societate, prin forța mobilizatoare pe care o poate exercita în mod creator colectivul asupra fiecărei individualități.

În acest context apare pe deplin justificată, dar cu o deosebită valoare funcțională, acțiunea stimulatorie calitativ superioară pe care o poate exercita colectivitatea socială asupra participării conștiente și creatoare a noii societăți în condițiile particulare ale revoluției științifico-tehnice la promovarea și apărarea sănătății populației.

Perfecționarea relațiilor sociale și interindividuale reprezintă mijloace particulare de stimulare a creativității și participării întregii colectivități la acțiunile de perfecționare a societății, la promovarea și apărarea sănătății prin însușirea științei și culturii concomitent cu edificarea unui nivel de conștiință socială care să permită colectivității participarea activă la rezolvarea problemelor complexe ale sanogenezei și respectiv ale instituirii acțiunilor vizînd medicina omului sănătos.

INFLUENȚE NEUROPSIHICE DETERMINATE DE POLUAREA SONORĂ A MEDIULUI

Gh. Zamfir, C. Melinte, D. Mocanu
— *Iași*

În condițiile civilizației contemporane omul trăiește în permanență sub acțiunea complexă a zgomotului care a devenit, îndeosebi pentru marile metropole puternic industrializate, un adevărat flagel, o formă de poluare a mediului cu efecte mult mai grave decît numeroși alți poluanți existenți în mediul nostru ambiant. Datorită repercursiunilor multiple asupra sistemului nervos, a creșterii impresionante a tulburărilor auditive și neuropsihice, cît și acțiunii nocive complexe asupra întregului organism, zgomotul urban, definit și sub termenul de „poluare fonică", este unanim recunoscut astăzi ca principala noxă a orașului modern. De asemenea, numeroși muncitori sînt expuși profesional la zgomot nu numai în industria grea, în transporturi, construcții etc, dar chiar și în agricultură sau birouri, care erau considerate ca liniștite. La începutul acestui secol, Robert Koch, distins cu premiul Nobel pentru meritele sale în bacteriologie, prezicea că în viitor lupta împotriva zgomotului se va duce cu aceeași îndîrjire, ca în secolele trecute împotriva holerei și ciumei. Astăzi previziunea lui Koch a devenit o realitate.

Îndeosebi, efectele zgomotului asupra sistemului nervos, a funcțiilor psihice constituie o îngrijorare nu numai pentru medici, ci și pentru alți specialiști și chiar pentru administrațiile comunale. Principala sursă de poluare fonică, care a ajuns a fi considerată ca inerentă mediului urban, este reprezentată de traficul rutier, aerian, uneori și feroviar, care determină în orașe, în afara orelor de vîrf, intensități de 80—90 dB, mult peste normele admise, de 65 dB. În cursul nopții, acestea nu scad sub 70 dB. În jurul unor aeroporturi din S.U.A., R.F.G. și alte țări, populația învecinată este expusă la intensități de zgomot de 110 dB. O serie de alte surse de zgomot produc uneori intensități de 60—80 dB: autoturisme, motociclete, muzica zgomotoasă de la apartele de radio, magnetofoane, stații de radioamplificare, șantiere de construcții, agregate și aparte casnice etc. Izolarea fonică nesatisfăcătoare a unor blocuri și clădiri de locuit contribuie la repercutarea intensificată a zgomotului stradal în interiorul locuințelor.

Aceste aspecte capătă o importanță deosebită dacă ținem seama de faptul că populația după 8 ore de expunere la zgomot la locul de muncă, care în mediul industrial atinge în general intensități ce depășesc normele admise, nu pot beneficia la domiciliu de liniștea necesară recuperării capacității funcționale a organismului.

În prezent, cercetările privind combaterea zgomotului și a efectelor nocive sînt numeroase, la care participă numeroşi specialişti. Un număr important de organisme naţionale şi internaţionale, institute şi laboratoare specializate întreprind, pe baza unor programe şi directive, cercetări în această problemă, vastă şi complexă. În ţara noastră, colective de cercetători, învăţămînt şi producţie desfăşoară ample programe de cercetări coordonate de Academia de Ştiinţe Medicale.

Asupra organismului şi colectivităţilor umane zgomotul acţionează în mod complex. Cea mai importantă acţiune nocivă o exercită asupra sistemului nervos, determinînd tulburări neuropsihice, cu multiple influenţe asupra sistemelor şi aparatelor organismului.

Frecvenţa mare a nevrozelor în marile centre urbane este o realitate. După o statistică, 70 % din nevrozele din Paris sînt cauzate de zgomot, faţă de 50% în urmă cu 4 ani. Consumul de medicamente hipnotice, sedative este mult mai crescut în mediile zgomotoase, după unele cercetări de trei ori mai mult faţă de populaţia care locuieşte în zone liniştite. Cercetări asemănătoare s-au făcut şi în cartiere traversate de circulaţia feroviară, numărul nevroticilor crescînd în apropierea traseului de cale ferată. Desigur, cauzele tulburărilor de somn pot fi şi altele, dar acestea sînt agravate de nivelul ridicat de zgomot care perturbă odihna, atît în momentul adormirii cît şi în timpul somnului. Într-un oraş din Ungaria, proporţia persoanelor nevrozate a fost de 25%, iar dintre muncitorii unei uzine 50% au acuzat tulburări nevrotice. Sînt citate în literatură numeroase tulburări psihice şi nevrotice la un număr mare de populaţie datorite zgomotului care, în caz de prelungire a duratei acţiunii nocive, au produs repercursiuni grave asupra sistemului nervos central, neurovegetativ şi endocrin, urmate de dezechilibre psihice şi perturbări emotive, care sînt capabile să aducă pe unii indivizi pe marginea violenţei sau acţiunilor reprobabile.

O influenţă extrem de nocivă, ca urmare a afectării sistemului nervos, este acţiunea directă nocivă asupra aparatului auditiv prin deteriorarea celulelor care transmit sunetul de la ureche la cortex. Lezarea ireversibilă a celulelor neurosensoriale din urechea internă este constatată de majoritatea autorilor, iniţial în zone corespunzătoare frecvenţelor de 4 000 Hz din organul lui Corti, cu extindere la octavele învecinate, fenomen care a fost reprodus şi experimental. Subiecţii expuşi la zgomot profesional cît şi populaţia oraşelor arată scăderi ale acuităţii auditice spre deosebire de locuitorii din mediile liniştite. În Suedia, într-o cercetare, numai 1 din 4 muncitori avea auzul normal. În R.F.G. surzenia a evoluat de la locul 7 la locul 4 în lista bolilor profesionale. În R.D.G. proporţia hipoacuziilor profesionale atinge 43 % în 1965, şi 51,7 % în 1966 din totalul bolilor profesionale declarate. În S.U.A. din 200 milioane locuitori, 10 % reprezintă hipoacuzii de diferite grade, procent ce a crescut concomitent cu gradul de industrializare. Aceste perturbări produc frecvent reacţii neurovegetative nefavorabile şi un grad crescut de oboseală psihică.

Prin intermediul sistemului nervos central, neurovegetativ şi endocrin, zgomotul acţionează nociv şi asupra altor sisteme şi aparate şi, în final, asupra întregului organism. Hipertensiunea de origine neurogenă agravată de zgomot este frecvent întîlnită. Cercetările efectuate în diverse centre populate au arătat că în timp ce cazurile de hipertensiune organică sînt repartizate într-un mod uniform în raport cu densitatea populaţiei, cazurile de hipertensiune neurogenă sînt în general concentrate în zonele unde nivelul de zgomot este mijlociu sau puternic, în cartiere cu mare trafic de circulaţie cu vehicule grele, cu industrii zgomotoase, şantiere etc. Rezultate asemănătoare au fost constatate în uzine cu zgomot intens, faţă de cele cu zgomot redus, sau la elevii din şcolile amplasate lîngă surse importante de zgomot, faţă de cartierele liniştite. Desigur că nu putem pune numai pe seama zgomotului toate cazurile de hipertensiune neurogenă, dar, alături de alte cauze, zgomotului i se atribuie un rol important. Cert este faptul că despre o hipertensiune nevrotică, cauzată de urbanizare şi de zgomot, se raportează în mod tot mai frecvent.

Alte afecţiuni, cum ar fi maladia ulceroasă, afecţiuni ale aparatului cardio-vascular, renal, digestiv etc. pot fi de asemenea determinate într-o mare măsură de zgomot, care acţionează asupra lor prin intermediul sistemului nervos central, neurovegetativ şi endocrin. O serie de alte simptome, afecţiuni şi perturbări biochimice pot fi puse pe seama acţiunii nocive a zgomotului : alergii, creşterea colesterolului sanguin, pierderea echilibrului, vertije, halucinaţii, diminuarea vederii, îngustarea cîmpului vizual şi scăderea sensibilităţii pentru culoarea roşie. Experienţe făcute pe şoareci au arătat că zgomotele prelungite produc diminuarea fertilităţii. Hipersensibilitatea la zgomot a fost observat la femei în timpul perioadei premenstruale, ca şi la sfîrşitul sarcinii şi în timpul menopauzei.

Trebuie subliniat faptul că zgomotul nu acţionează în mod izolat asupra organismului, ci întotdeauna în asociaţie cu alţi factori ai mediului extern şi intern al organismului. Efecte nocive de natură fizică, biologică etc se pot suprapune pe acţiunea zgomotului, intensificîndu-i repercursiunile nocive asupra organismului uman. Evident că rezistenţa sistemului nervos la zgomot este mult diminuată prin boli fizice sau mintale. De asemenea, modificările ritmului biologic afectează rezistenţa organismului la zgomot. Prezenţa concomitentă a factorilor multipli de poluare a mediului ridică problema, pe cît de interesantă pe atît de complexă, a interferenţei dintre aceşti factori, cunoaşterea efectelor acţiunii lor cumulate trebuind să ducă în viitor la necesitatea reconsiderării actualelor norme maxime admise de control a poluării sonore.

Redăm, în continuare, unele rezultate ale investigaţiilor efectuate într-o perioadă recentă în municipiul Iaşi, în care s-a urmărit, pe baza unei anchete medico-sanitare, efectele zgomotului asupra sistemului nervos şi influenţa generală asupra organismului, cercetîndu-se 145 familii, domiciliate în locuinţe de diferite tipuri, dintr-o zonă intens circulată din zona industrială, comparativ cu o zonă martor dintr-un cartier liniştit cu spaţii verzi. Datele de morbiditate au fost corelate cu nivelelel de zgomot din zonele respective.

Din determinările efectuate reiese că nivelul de zgomot depăşeşte, în general, normele sanitare admise (65 dB pentru zgomotul exterior şi 35—40 dB pentru cel interior), atingînd în orele de vîrf ale circulației intensități de 80—90 dB, apreciate ca periculoase pentru organism la frecvența obișnuită de 1 000 Hz. Zgomotul de fond, înregistrat în timpul cît nu circulă autovehiculele, atinge sau depășește 60 dB.

Intensitățile cele mai mari de zgomot sînt produse de autobuze, camioane, tramvaie, autoturisme etc. În apartamente, cînd ferestrele sînt deschise, intensitatea zgomotului depășește 60 dB, ajungînd pînă la 80 dB, deci depășiri ale normelor sanitare.

Din prelucrarea statistică a datelor rezultate din ancheta medico-sanitară întreprinsă în populația expusă, rezultă că zgomotul urban produce perturbații importante, în primul rînd asupra sistemului nervos și, prin intermediul acestuia, asupra organismului. Toate persoanele anchetate acuză o senzație de disconfort; un procent de 13,3 % din totalul persoanelor consumă medicamente sedative, hipnotice pentru atenuarea perturbărilor de ordin neuro-psihic determinate de zgomotul stradal, iar 1 % din subiecți au acuzat tulburări nevrotice grave, puse direct pe seama zgomotului. Au fost exceptați bolnavii cu tulburări neuropsihice de altă natură.

In general, zgomotul este resimțit intens și supărător în tot cursul zilei, cu exacerbări în perioadele de vîrf ale traficului rutier (orele 5—8, 14—17, 19—20), cînd se resimte mai acut, deoarece împiedică odihna sau relaxarea. Efectele produse de zgomot se referă îndeosebi la tulburările somnului și odihnei (48,8 %), perturbarea activităților intelectuale (37,4 %) sau recreativ (29,3 %). Un număr de 76 % din subiecți declară că sînt nevoiți să țină în permanență ferestrele închise, ceea ce incomodează ventilația încăperilor, înrăutățind microclimatul locuințelor, cu repercursiuni nefavorabile asupra funcțiilor neuropsihice (87 %). Se constată în mod evident o relație între consumul de medicamente sedative și intensitatea zgomotului rutier, consum de tranchilizante și hipnotice destul de frecvent (15—22 %). Substanțele medicamentoase utilizate mai mult sînt: napoton și similare (20 %), ciclobarbital (11,7 %), fenobarbital (10 %), bromoval (8,2 %) etc. O proporție de 89,2 % din persoanele care au declarat că consumă medicamente sedative din cauza zgomotului au menționat că sînt nevoite să țină ferestrele permanent închise, cu mici intermitențe, față de 76 % din tot lotul de subiecți investigați.

Zgomotul interior intervine într-o măsură mai mică (18,1 %) în consumul de sedative, ceea ce arată că rolul principal în apariția perturbărilor menționate asupra organismului îl are zgomotul exterior, stradal.

Persoanele care consumă sedative declară că zgomotul urban în orașul Iași s-a accentuat în ultimii ani, într-o proporție de 49,1 % — superioară celei declarate de întreg lotul investigat, de 34,1 %, fapt ce atestă, încă odată, rolul zgomotului, alături de alți factori de mediu, în apariția tulburărilor de somn și a afecțiunilor nevrotice.

Un procent de 60,7 % arată creșterea intensității zgomotului în funcție de amplasarea necorespunzătoare a locuințelor. Conform opiniilor exprimate, principalele incoveniente care favorizează poluarea sonoră sînt: amplasare incorectă și orientare necorespunzătoare a locuințelor (68,3 %); materiale de construcție lipsite de proprietăți fonoizolante (43,9 %); apropierea prea mare de axul stradal (60 %). În legătură cu importanța — dovedită prin o serie de cercetări — a spațiilor verzi în reducerea intensității zgomotului, din anchetă reiese că în 62,5 % din cazuri nu există zone de spații verzi de protecție.

Pentru reducerea nivelului de zgomot, cu influențe favorabile asupra afecțiunilor determinate, sînt necesare o serie de măsuri de prevenire și combatere, de ordin urbanistic și igienic: construirea de motoare și mașini cu funcționare silențioasă; suprimarea zgomotului la nivelul sursei de producere, prin reglementări normative; reconsiderarea traficului, în sensul reducerii acestuia în interiorul orașului și devierea în afara acestuia; verificarea tehnică a autovehiculelor; utilizarea de tramvaie silențioase; dimensionarea corespunzătoare a sistemului stradal; amenajarea de spații verzi de protecție; asigurarea distanțelor reglementare între clădiri și amplasarea corectă față de sistemul stradal; ameliorarea condițiilor de izolare fonică în clădirile de locuit și cele industriale; protecția individuală a muncitorilor expuși profesional la zgomot și supravegherea lor medicală, etc.

The noxiousness of the noise, specially upon the hearing organ, upon the nervous, endocrine, cardiovascular systems, etc, are well known. The researches regarding the intensity of the noise in the town Iassy has demonstrated that the allowed norms are very often surpassed, reaching in the peak hours of the circulation high level (80—90 dB), which are dangerous for the human organism at the 1 000 Hz frequency.

An inquiry made among the population exposed to the noise, has evidenced some nervous vegetative and psychiatrical troubles, disturbances of the rest and sleep, large use of the tranquillizers etc.

The noxious influence of the communal noise is favoured by the green belts, insuficience and of the some deficiences in the construction and locations of the dwellings.

DATE PRIVIND APRECIEREA SUBIECTIVĂ A FENOMENELOR DE OBOSEALĂ ÎN ACTIVITATEA INDUSTRIALA

Lupașcu-Cîrlescu Emilia, M. Șelaru
— *Iași*

Organizarea științifică a producției și a muncii impune cu necesitate prioritatea factorului uman. Producția organizată pe baze științifice nu se poate limita numai la aspectele privind folosirea tehnicii, a utilajelor, a timpului de lucru etc., ci trebuie să aibă în vedere aspectele psihologice ale procesului muncii, adică tot ceea ce privește elementul cel mai important al forțelor de producție — factorul om.

Randamentul muncitorului este influenţat pozitiv sau negativ, pe lîngă alţi factori, şi de *factorii psihologici,* care au o mare importanţă particulară în sporirea eficienţei activităţii umane. Munca este cu atît mai eficace cu cît este mai bine adaptată omului. Pentru a putea obţine în mod ştiinţific o cît mai mare eficacitate a muncii, trebuie ca organizarea procesului de producţie să pornească de la cunoaşterea trăsăturilor şi posibilităţilor multidimensionale ale omului.

Ca atare, nu este suficient să studiem metoda de muncă, durata şi rezultatele muncii, ci se impune ca toate elementele să fie corelate cu posibilităţile omului, cu trăsăturile sale fizice, intelectuale, mintale şi morale, care caracterizează ansamblul capacităţii sale. In procesul muncii, omul este solicitat cu funcţiile sale, fizice, nervoase, psihice şi sociale, în complexitatea şi intercondiţionarea lor şi în particular în corelaţia dinamică dintre aptitudini, nivel de pregătire tehnico-profesională şi atitudini.

Aceste complexe solicitări a organismului uman duc la optimizarea sau perturbarea capacităţii de muncă şi, în mod firesc, la apariţia oboselii sau a riscului de eşec adaptativ.

Oboseala, această noţiune utilizată atît de des astăzi şi atît de controversată din punct de vedere ştiinţific, constituie criteriul principal de evaluare a solicitării unei activităţi sau în debutul fenomenelor cu risc adaptativ.

Oboseala reprezintă un proces complex cu modificări biochimice, fiziologice şi psihologice multiple, la nivelul sistemului complex pe care-l reprezintă personalitatea. Ca fenomen de dezadaptare, oboseală constă în „tulburarea raportului optim dintre randament şi consumul energetic, mergînd pînă la coborîrea debitului energetic al organismului sub nivelul minim compatibil cu desfăşurarea în mod eficient a activităţii".

In munca industrială se constată aproape toate formele de oboseală ca şi oscilaţiile randamentului. Influenţînd randamentul, oboseala prezintă o deosebită importanţă în aprecierea fenomenelor adaptative şi trebuie ca atare considerată şi ca o problemă de psihologie a persoanei în dinamica integrării socio-profesionale.

Cauzele care duc la acest fenomen se datoresc caracteristicilor muncii şi condiţiilor în care se desfăşoară precum şi caracteristicilor factorului uman.

Primele cercetări asupra oboselii psihice au fost făcute de E. I. Thorndike, în 1900, care a utilizat calculul mintal ca factor de oboseală.

In anul 1903 medicul psihiatru Kraepelin, de la clinica de psihiatrie din München, precizează noţiunea de oboseală psihică, arătînd că ea e determinată de dificultatea şi durata muncii, iar pe de altă parte, de rezerva de energie nervoasă a subiectului.

Pentru diagnosticarea stării de oboseală e necesar să se studieze şi să se coreleze cauzele subiective ale oboselii cu performanţele la probele psihologice, cu rezultatele examinărilor speciale, a analizelor de laborator, explorări funcţionale, electroencefalografice etc. precum şi cu datele referitoare atît la randamentul subiecţilor cît şi comportamentul motivaţional la locul de muncă, calitatea interrelaţiilor umane în microgrupul productiv etc.

Din punct de vedere psihologic, studiul oboselii utilizează probele de atenţie, (baraj de figuri, litere, căutarea numerelor, probe de labirint, etc) de memorie, de asociaţie, probe de calcul mintal, cu diverse combinaţii de operaţii artimetice etc.

In cercetarea prezentă pornind de la caracteristicile psihologice ale activităţii, am utilizat o baterie de probe, printre care şi *testul Kraepelin* — varianta cifre.

Testul Kraepelin face parte din grupul testelor de randament în rezolvarea sarcinilor, ce presupune participarea intensă a procesului de atenţie, fiind considerat şi un test probant pentru rezistenţa la oboseală psihică şi la monotonie.

Fiind o probă complexă, testul Kraepelin implică capacitatea de concentrare, distribuţie şi mobilitate a atenţiei ca şi operaţii de gîndire şi memorie. Acest test permite o imagine dinamică a variaţiei capacităţii de muncă.

Testul Kraepelin (partea a II-a folosită de noi), presupune un efort mintal susţinut, în funcţie de semnificaţia stimulilor, pentru operaţii de adunare şi scădere, executate după instructaj, care cere un efort de concentrare şi comutare operativă a proceselor prosexice.

Variabilele extrase din totalul testelor corectate, în vederea prelucrării şi interpretării statistice, au fost notate după cum urmează : x_1 = indicele de corectitudine ; x_2 = indicele de eroare ; x_3 = indicele de omisiuni ; x_4 = indicele de neefectuare operaţională.

Testul a fost aplicat pe un număr suficient de mare de subiecţi, cu o compoziţie eterogenă din punct de vedere al vîrstei, studiilor şi capacităţii intelectuale, în aşa fel, încît rezultatele obţinute să indice o caracteristică cît mai generală. Subiecţii au fost testaţi înainte de începerea programului, pe toate trei schimburi, astfel :

— schimbul I : ora 5—6 dimineaţa ; schimbul II : ora 13—14 ; schimbul III : ora 21—22.

Loturile de subiecţi investigate la intrarea în tură, au fost retestate la sfîrşitul programului de lucru, în aceleaşi condiţii şi cu aceleaşi mijloace astfel :

— schimbul I : ora 14—15 ; schimbul II : ora 22—23 ; schimbul III : ora 6—7 (ziua următoare).

Investigaţia a cuprins un număr de 1 825 subiecţi, fiind efectuată prin examen colectiv, subiecţii avînd vîrsta medie cuprinsă între 18—60 ani, femei şi bărbaţi, cu studii între 4 clase şi şcoală medie.

Din totalul subiecţilor de 1 543—1 098 sînt femei şi 445 bărbaţi.

Datorită faptului că nu toţi subiecţii au fost prezenţi la test şi retest, precum şi pentru că unii subiecţi au fost afectaţi de diverşi factori negativi ca boală, oboseală, stări stresante situaţionale etc. la test sau retest — au fost eliminaţi din calcule un număr de 479 femei şi 144 bărbaţi.

Datele obţinute au fost prelucrate din punct de vedere statistic, separat pe test — retest şi pe sexe.

Valorile variabilelor (x_1), sub formă de note, formează ordonate cu 434 valori, grupate în clase de frecvenţă cu amplitudinea de grupare 31 la femei şi 29 la bărbaţi.

Din prelucrările statistice efectuate, am constatat că variaţia rezultatelor sintetizate prin frecvenţe cuantificate au o disprsie cu distribuție descrescătoare pe scara frecvențelor cumulate, care reprezentau grafic căpătât forma unor curbe de formă tipică „i".

S-a efectuat cu acest prilej aprecierea nivelului general al eșantionului studiat, prin determinarea parametrilor „medie" și „mediană". Componența eșantioanelor fiind eterogenă sub toate aspectele, s-au stabilit limitele probabile de variație, prin determinarea erorii standard și erorii probabile și coeficienții de variație ai acestora, ceea ce oferă posibilitatea formulării unor prime aprecieri generale asupra randamentului la probele utilizate a colectivității studiate.

Pentru stabilirea unor nivele diferențiate, noi, am efectuat etalonarea testului Kraepelin, pentru condițiile specifice pentru I.I.S. „Țesătura" Iași și în mod probabil — condițiilor de lucru din industria textilă, în două sisteme, folosind gradarea după scara decilică și scara quartilică. Etaloanele noastre au fost determinate separat pe sexe și test — retest. Întrucît între nivelele determinate pe test și restest s-au înregistrat diferențieri care uneori s-au dovedit a fi suficient de importante, în scopul obținerii unui etalon unitar pentru fiecare sex în parte, am efectuat și etalonarea rezultatelor totale, în care au fost cumulate rezultatele de la test și retest.

Diferențele înregistrate atît în nivel general, cît și pe scările de etalonare au dovedit cote superioare la retest față de test, precum și la subiecții de sex masculin față de subiecții de sex feminin, ceea ce indică prezența unor posibile autoreglări personale.

In scopul determinării faptului dacă aceste diferențieri de nivel se află în domeniul de compatibilitate și a valorii lor semnificative, s-au calculat coeficienții de corelație între test și retest, prin metoda momentelor produselor, iar rezultatele obținute din calcul cu valori semnificative, au fost apreciate conform tabelelor de valori ale lui I.P. Guilford.

Cercetarea noastră a constatat că dispersia valorii variabilelor, pe scara frecvențelor, are o distribuție ordonată după o curbă descrescătoare, de formă tipică „i" — ceea ce dovedește că majoritatea subiecților polarizează în zona valorilor relativ mici. Acest fapt este demonstrat și prin cotele suficient de scăzute ale mediei și medianei, ale căror valori sînt date în tabelul de mai jos:

Tabel nr. 1

Parametrii statistici	Femei			Bărbați		
	Test	Retest	Total	Test	Retest	Total
Media	131	166	148	148	184	166
Mediana	108	150	129	135	169	151

De remarcat faptul că distribuția fiind de formă asimetrică, mediana are semnificație mai mare decît media (ca urmare a faptului că valoarea mediei este influențată de cazurile singulare, dar cu cote ridicate și care sînt în dezacord cu restul eșantionului). Se observă clar că valorile obținute pentru mediană sînt cu mult mai scăzute decît media, cea ce demonstrează polarizarea unui număr mare de subiecți în zona notelor mici, confirmînd încă o dată concluzia noastră.

Din calculul abaterilor (abaterea medie, standard și probabilă), se observă care sînt limitele de oscilație ale notelor pe scara valorilor variabilelor, în plus sau în minus, față de parametrii de referință a majorității eșantionului nostru, iar prin coeficienții de variație ai abaterilor se exprimă în mod procentual aceste oscilații.

De asemenea, coeficientul de variație al abaterilor asimetrice, exprimă procentul, cu cît este deplasat la stînga sau la dreapta (spre valorile mici sau mari) mediana față de medie, pe scara axelor de referință (a se obseva că valorile pozitive ale acestui parametru indică o deplasare spre stînga, deci spre valorile mici, iar valorile negative — invers).

Eșantionul studiat de noi, prin testul Kraepelin, prezintă următoarele valori pentru aceste abateri (vezi tabel 2).

Din acest tabel se observă clar faptul că toate abaterile cu aceeași tendință, iar coeficienții de variație întrunesc procentaje suficient de ridicate, ceea ce dovedește un înalt grad de nestabilitate și un caracter pronunțat oscilatoriu, cu o anumită tendință de creștere a cotei valorice și concomitent cu aceasta a caracterului oscilant la retest față de test, în majoritatea cazurilor, exprimat printr-un sat sau cădere bruscă de randament. Aceste fenomene sînt caracteristice pentru diagnosticarea stării pronunțate de oboseală.

Analizate, tendințele de mai sus, în raport cu împărțirea pe schimburi a subiecților examinați, au dus la concluzia că starea de oboseală atinge gradul cel mai pronunțat nu în schimbul III (așa cum prezintă majoritatea lucrăîrilor de specialitate), cît îndeosebi în schimbul II și aceasta în mod special la subiecții de sex feminin. Clasificate în ordinea solicitării psihice, (de la gradul de solicitare mai mic și randament mai mare spre cel cu grad de solicitare mai mare și randament mai scăzut), ordinea schimburilor ar fi următoarea: I, III, II.

Această constatare se explică prin faptul că femeile, în marea lor majoritate, sînt solicitate mai mult în activitățile familiale prezentîndu-se în schimbul II cu o stare semnificativă de oboseală, spre deosebire de cele care lucrează în schimbul I și care se prezintă la lucru după o noapte de odihnă, sau cele care lucrează în schimbul III și se prezintă la locul de muncă cu o stare de oboseală relativ mai puțin pronunțată decît cele din schimbul precedent.

Comparativ între sexe, la bărbați situația se prezintă sub forma ei normală, solicitările din schimbul III fiind ceva mai pronunțate decît cele din schimbul II și ambele mai mari decît în schimbul I. Aceasta se explică prin faptul că prin contextul structurii organizatorice a vieții familiale cotidiene din mediul urban și repartizarea sarcinilor gospodărești-administrative în cadrul familiilor, femeilor le revine a rezolva mai multe probleme, fapt care face să prezinte o stare de oboseală mai evidentă.

Ca trăsături generale, la sexul feminin se remarcă o serie de calități ca: mobilitate, concentrare, flexibilitate, comutare a atenției, iar la bărbați: viteza de

Tabel nr. 2

Denumirea parametrului statistic		Femei			Bărbaţi		
		Test	Retest	Total	Test	Retest	Total
Abaterea medie	AM	82	93	87	78	85	84
Abaterea standard		97	108	104	95	107	103
Abaterea probabilă	AQ	77	87	83	73	80	74
Coeficientul de variaţie al abaterii standard	CV %	74,05	65,06	70,27	64,20	58,15	62,05
Coeficentul de variaţie al abaterii probabile	CVQ %	71,29	58,00	64,34	54,07	47,34	49,00
Coeficientul de variaţie al abaterii asimetrice	CVas %	23,75	14,81	18,26	13,86	14,02	13,86

execuţie mai mare decît la femei, randament sporit, concentrare şi stabilitate a atenţiei.

Rezultatele obţinute la test şi retest ne permit să afirmăm că se manifestă o anumită diferenţă de tempou personal de percepţie vizuo-motrice, între începutul şi sfîrşitul programului de lucru, prin faptul că la începutul programului subiecţii, deşi au o stare de oboseală redusă, dau rezultate nesatisfăcătoare datorită fenomenului de neadaptare, spre deosebire de sfîrşitul programului cînd rezultatele, deşi cu nivele mai ridicate (ca urmare a antrenamentului, exerciţiului), au caracter nestabil, cu oscilaţii şi salturi sau scăderi calitative bruşte, fapt ce indică un grad important de oboseală şi deci şi o scădere a tempo-ului de percepţie, demonstrat mai ales prin caracterul de instabilitate. Această afirmaţie, chiar dacă pare paradoxală are ca bază diferenţierea ce trebuie acordată fenomenului de oboseală (cînd intervine inhibiţia corticală, cu rol preventiv) şi epuizare. Difuzarea inhibiţiei corticale, în cazul oboselii, nu se face uniform, ci în mod gradat şi fazic şi aceasta explică apariţia fenomenelor oscilatorii prin intervenţia fenomenelor de iradiere, concentrarea sau inducţie reciprocă.

În cazul unei probe cu structură de calcul aritmetic elementar (cazul nostru), inhibiţia provocată de fenomenul de oboseală afectează la diferite intervale, diferitele componente ale activităţii subiectului.

În sectorul textil, unde se impune un grad înalt de concentrare a atenţiei este necesar să se organizeze examene psihologice de selecţie şi orientare prin probe speciale adecvate.

Se impune cu necesitate efectuarea examenului medical la angajare şi periodic după angajare în special control oftamologic şi psihiatric.

OBOSEALA PSIHICĂ ŞI FACTORII DE MICROCLIMAT FIZIC ŞI SOCIO-PROFESIONAL

M. Şelaru, H. Gottlieb, Roxana Rusu
— *Iaşi*

În condiţiile actuale de dezvoltare a industriei şi tehnicii, acţiunea stressantă a zgomotului asupra activităţii angajaţilor devine o problemă deosebit de importantă datorită implicaţiilor economice şi psiho-sociale pe care le determină.

Importanţa stressului produs de zgomot este condiţionată atît de caractersticile fizice ale stimulului sonor, cît şi de particularităţile neuropsihice ale individului.

Din lucrările apărute în literatura de specialitate, cît şi din cercetările efectuate asupra a 2 000 de muncitori din cadrul unei întreprinderi chimice s-a constatat că principalul factor subiectiv care influenţează defavorabil capacitatea de muncă este oboseala psihică datorată zgomotului produs de maşinile şi utilajele de la locul de muncă. Această oboseală psihică se manifestă printr-o diminuare a atenţiei şi vigilităţii rezultînd o creştere a numărului de erori care pot duce la o scădere a productivităţii muncii, cu importante implicaţii economice.

De asemenea, oboseala psihică poate determina o accentuare a stării de iritabilitate cu implicaţii negative asupra relaţiilor interumane la locul de muncă şi în familie.

Am efectuat un studiu al oboseli psihice industriale determinate de zgomot asociat cu alţi factori ai ecosistemului loc de muncă, asupra a 2 000 de muncitori. Din aceştia, un număr de 765 era reprezentat de femei, iar un număr de 1 235 era reprezentat de bărbaţi. Studiul a fost efectuat pe grupe de vîrstă luate din 5 în 5 ani, începînd cu grupa de vîrstă 18—20 ani şi terminînd cu cea de 45—50 ani în cazul femeilor şi 50—60 ani în cazul bărbaţilor. Pe grupe de vîrstă se remarcă o predominanţă a vîrstei tinere, 45 % din totalul muncitorilor fiind reprezentaţi de tineri între 21—25 ani.

Metoda de lucru folosită a fost chestionarul. Analizîndu-se sistemul parţial om-maşină din cadrul sistemului loc de muncă, am stabilit că 65 % din muncitori lucrează la mașini care produc zgomot. Pe sexe, procentajul este asemănător, în jur de 30—35 %. Pe grupe de vîrstă, cele mai expuse sînt vîrstele tinere, procentajul la grupa de vîrstă 18—20 ani fiind de 46 % la femei și 36 % la bărbați.

Dintre cauzele cele mai frecvente care determină starea de oboseală menționate de muncitori sînt : zgomotul monoton al mașinilor și zgomotul prea mare al utilajelor.

Zgomotul monoton al mașinilor provoacă starea de oboseală la 67 % din muncitori, iar zgomotul prea mare al utilajelor provoacă starea de oboseală la 71 % din totalul lotului cercetat. Pe grupe de vîrstă, în ambele situații s-a observat afectarea grupelor extreme.

Influența negativă a zgomotului asupra activității a fost apreciată subiectiv de 44 % din muncitori, într-o proporție egală (22 %) atît la bărbați cît și la femei. Pe grupe de vîrstă se remarcă o afectare în special a grupei de vîrstă 41—45 ani în 35 % din cazuri la femei. În asociație cu zgomotul în apariția oboselii psihice au fost incriminați și alți factori, printre care un rol important îl are ritmul muncii. Un ritm de muncă prea rapid duce la instalarea rapidă a oboselii, în timp ce un ritm de muncă încetinit sau uniform duce la apariția monotoniei și plictiselii, cauze subiective ale oboselii. În cadrul întreprinderii. în 50 % din cazuri se întîlnește un ritm mediu de muncă, ceea ce permite muncitorilor o adaptare socio-profesională optimală.

Un alt factor care modifică momentul de declanșare a oboselii este munca în schimburi, oboseala fiind mai accentuată în schimbul de noapte după 5 ore de muncă, atît la femei cît și la bărbați. Pe grupe de vîrstă s-a observat accentuarea oboselii la grupele de vîrstă foarte tinere (18—20 ani — 2 %), cît și la grupele de vîrstă mai înaintată — 41—45 ani la femei în procent de 30 %. La bărbați, procentele sînt, comparativ, mai reduse.

Poziția muncitorului în timpul activității de muncă este un alt factor care poate determina oboseala. Analizînd pozițiile pe care le adoptă muncitorii în timpul desfășurării activității, am constatat că 62 % din muncitori efectuează munca în poziție ortostatică. Pe grupe de vîrstă s-a remarcat preponderența grupelor tinere de 18—25 ani în procentaj de aproximativ 70 % atît pentru bărbați cît și pentru femei. Această poziție este obositoare pentru 50 % din femei, afectînd îndeosebi grupele de vîrstă extreme.

Dintre factorii mediului fizic ambiant, în afară de zgomot au fost luați în considerare iluminatul și microclimatul. Acești factori asociați, în anumite situații pot deveni stressanți. Din cei 2 000 de muncitori care s-au raportat asupra iluminatului în cadrul sistemului loc de muncă respectiv, 58 % au afirmat că iluminatul este suficient, pe grupe de vîrstă predominînd vîrstele tinere și medii, 30 % din muncitori au afirmat că subiectiv iluminatul este insuficient, observîndu-se totodată predominanța vîrstei mai înaintate de 46—50 ani (în proporție de 65 %), în acest caz intervenind scăderea acuității vizuale particulare acestor vîrste și aici se cuvine a lua în considerare fenomenele hipermetropice în cadrul măsurilor de optimizare ergonomică. Analizîndu-se factorii de microclimat, temperatura și calitatea aerului din secții, am constatat că 48 % din muncitori apreciază subiectiv că temperatura de la locul de muncă normală, 24 % afirmă că temperatura locului de muncă este oscilantă, temperaturi ridicate (23 % din cazuri), foarte fierbinte (3 %) scăzută (2 %).

S-a constat că 34 % din muncitori afirmă existența aerului închis în secții, 27 % din muncitori afirmă existența aerului încărcat cu gaze toxice, 24 % din muncitori lucrează într-o atmosferă cu aer uscat.

Un procent ridicat de muncitori (54 %) afirmă că fenomenul de oboseală apare și se manifestă subiectiv spre sfîrșitul schimbului. Pe sexe procentajul este în jur de 50 %, atît la femei cît și la bărbați. Pe grupe de vîrstă s-a remarcat afectarea grupului de vîrstă 46—50 ani și în 75 % din cazuri la femei.

Momentul de apariție a oboselii psihice este influențat și de factorii sociali, cum sînt îndeosebi calitatea relațiilor interumane de la locul de muncă, distanța de la locuință la serviciu, condițiile de transport pe această distanță, viața familială.

În privința relațiilor interumane de la locul de muncă, majoritatea muncitorilor (peste 86 %) au afirmat că relațiile sînt armonioase și prietenoase, de colaborare și într-ajutorare prietenească.

Un alt factor care determină starea de oboseală încă de la domiciliu la întreprindere. Din totalul muncitorilor angajați, 57 % se deplasează de acasă pînă la serviciu în timp de 30 min și numai 12 % din muncitori consumă pentru a ajunge la întreprindere un timp de peste 60 min. În 47 % din cazuri deplasarea se face cu autobuzul și în 43 % din cazuri deplasarea se face cu alte mijloace de transport (tramvai etc.).

Faptul că sistemul familial are influență asupra capacității de muncă, o constituie afirmația că din 50 % dintre femei care obosesc în timpul muncii, 2/3 sînt reprezentate de femeile căsătorite. Din totalul femeilor 23 % muncesc în gospodărie în medie 6 ore pe zi.

Deoarece importanța stressului produs de zgomot este condiționată și de particularitățile neuropsihice ale individului, rezultă atenția deosebită ce trebuie acordată unei selecții profesionale competente pentru persoanele care vor lucra într-o ambianță cu zgomot.

Pentru preîntîmpinarea apariției obeslii psihice datorate zgomotului, se recomandă pauzele de odihnă cu o durată de cel puțin 30 minute și, de asemenea, gimnastica de producție, alături de celelalte mijloace de protecție specifice (antifoane etc.) cu care un număr semnificativ de salariați și îndeosebi tinerii nu se pot adapta chiar atît de ușor.

CONSECINŢELE SOCIALE ŞI MEDICALE ALE REVOLUŢIEI ŞTIINŢIFICE ŞI TEHNICE CONTEMPORANE

C. Gh. Marinescu, I. Hagiu
— *Iaşi*

Revoluţia ştiinţifică şi tehnică contemporană afectează toate ramurile producţiei materiale, viaţa spirituală a oamenilor, are multiple şi profunde implicaţii sociale, determină schimbări esenţiale cantitative şi calitative, în structura economică şi socială a societăţii, în modul de existenţă al oamenilor, în condiţiile lor de muncă şi de viaţă etc.

Sub impactul acestei revoluţii creşte ponderea clasei muncitoare în ansamblul structurii sociale, se formează contingente de muncitori cu o înaltă calificare. Totodată, are loc o deplasare a forţei de muncă din agricultură către industrie, sfera serviciilor, asistăm la o scădere a populaţiei agricole. Dacă de la începutul acestui secol, 60% din populaţia americană trăia încă în mediul rural, în prezent mai puţin de 3,6% este ocupată în munci agricole. De asemenea, revoluţia ştiinţifică tehnică contemporană accelerează şi stimulează procesul de urbanizare în întreaga lume. Dacă în 1900 în toată lumea au existat numai zece oraşe cu o populaţie de peste 1 milion, în 1976 erau peste 100. După al doilea război mondial numărul oraşelor s-a dublat, iar populaţia multora s-a dublat şi chiar s-a triplat. Urbanizarea este strîns legată de transformarea treptată a satelor şi a comunelor în aşezăminte de tip urban.

O problemă spinoasă care stă în centrul atenţiei urbaniştilor, dar şi a medicinii este aglomerarea excesivă a metropolelor şi a marilor oraşe industriale. Bunăoară, New York-ul împreună cu suburbiile sale numără în prezent aproape 14 milioane de locuitoari.

Una din consecinţele negative pentru condiţia umană ale revoluţiei ştiinţifico-tehnice şi care trebuie evidenţiată este aceea că în zilele noastre asistăm la utilizarea masivă a celor mai noi descoperiri ale ştiinţei şi tehnicii în scopuri militare, distructive. Cercetările pentru înarmare ca şi întreaga cursă a înarmărilor afectează profund nivelul de trai al oamenilor diminuînd în principal programul privind construcţia de locuinţe, sănătatea publică, învăţămîntul, protecţia mediului înconjurător etc.

Revoluţia ştiinţifică şi tehnică contemporană a determinat şi determină o gamă întreagă de mutaţii şi consecinţe pe plan medical, în domeniul politicii sanitare a statelor, al ocrotirii sănătăţii populaţiei etc. Relevante sînt îndeosebi consecinţele pozitive din domeniul medicinei preventive şi curative care au contribuit considerabil la dezvoltarea acestei ştiinţei lărgind mijloacele de diagnostic, de tratament, combatere şi chiar eradicare a unor boli, ceea ce a creat condiţii mai bune pentru ocrotirea sănătăţii, pentru prelungirea vieţii oamenilor.

Medicina a putut contracara în mod eficace multe variante ale selecţiei naturale, menţinînd în viaţă deficitari şi taraţi, jugulînd epidemii care altădată făceau adevărate ravagii ca : malaria, tuberculoza, tifosul, febra recurentă etc.

Aspectul cel mai spectacular al transformărilor pe care le cunoaşte în prezent medicina sub impactul revoluţiei ştiinţifice şi tehnice este automatizarea unor activităţi, medicale, a unor metode de investigaţie, introducerea unor maşini cibernetice capabile să întreţină un dialog cu bolnavii şi să formuleze un diagnostic, să recomande chiar unele măsuri terapeutice, să cerceteze dozele unor medicamente etc.

Printre multiplele efecte pozitive asupra stării de sănătate a populaţiei şi care sînt tot un corolar al revoluţiei ştiinţifice şi tehnice actuale, se înscriu, acelea care influenţează prin mecanisme automate microclimatul unor întreprinderi asigurînd cele mai perfecte condiţii igienice de muncă prin menţinerea temperaturii adecvate, a unei bune aeraţii, a atenuării zgomotului, a iluminării corespunzătoare a naturii muncii şi a locului de muncă etc.

O consecinţă biologică a progreselor socio-economice care reflectă nemijlocit revoluţia tehnico-ştiinţifică mondială este aceea că mortalitatea infantilă a ajuns să fie radical redusă, îndeosebi în ţările cu un standard de viaţă corespunzător.

Studii socio-medicale de prestigiu demonstrează nu numai relaţia dialectică dintre nivelul ştiinţei şi tehnicii şi progresele medicinii în fiecare epocă ci şi influenţa directă exercitată de modul şi standardul de viaţă-reflectare a progresului socio-economic — asupra stării de sănătate a individului şi asupra patologiei umane. Numeroase statistici ale OMS, cît şi cercetările făcute de diverşi autori au arătat că în ţările cu o economie slab dezvoltată, în care ştiinţa şi tehnica modernă au o pondere neînsemnată în viaţa socială şi astăzi predomină bolile infecţioase, mortalitatea infatilă, subnutriţia cu toate consecinţele ei.

Pe de altă parte, trebuie subliniat că revoluţia ştiinţifică şi tehnică prin transformările ce le-a impus în domeniul producţiei industriale, a relaţiei dintre om şi maşină etc., a determinat apariţia în ţările industrializate a unor maladii noi, specifice societăţii contemporane ; a) boli ale sistemului nervos central ; b) afecţiuni cardio-vasculare ; c) accidente de muncă etc. Numeroase cercetări sociologice relevă actualmente o creştere a numărului nevrozelor în mediul urban, îndeosebi la persoanele aflate, în activităţi industriale. Relevînd faptul că numărul nevrozelor variază de la o epocă la alta şi de la un popor la altul. Bastide afirmă că nevrozele sînt susceptibile de o tratare sociologică. După From (1964) societatea capitalistă este condamnată la o nevrozare în masă deoarece modul de viaţă capitalist frînează tendinţele nobile de realizare a omului pe planuri multidimensionale.

Migraţia muncitorilor dintr-o regiune în alta sau dintr-o ţară în alta, în căutarea de lucru, determină de asemenea serioase repercursiuni psihice, ca urmare a dificultăţilor de adaptare, a faptului că se despart de fmilii etc. Numărul muncitorilor din Italia, Grecia, Turcia, Spania, Portugalia ş.a. care emigrează pentru a-şi găsi un loc de muncă se cifrează la circa 8 milioane. Grija pentru familia părăsită, acomodarea cu noul loc de muncă, cu noii concetăţeni şi cei ai naţiunii şi statului care-i primeşte, sînt factori ce influenţează asupra stării psihice a acestor muncitori. În S.U.A., un aspect specfic al exodului îl reprezintă năvala negrilor din sud spre nord unde reprezintă cam peste 1 milion şi jumătate în New York, peste 1 milion în Chicago şi Detroit, iar în capitală, Washington, peste 70 %. În campusurile universitare mişună peste 7 milioane de tineri.

Schimbarea rapidă a mediului înconjurător sub impactul revoluţiei ştiinţifice şi tehnice solicită adeseori rezerva de energie a organismului omului. Aceasta duce la accelerarea metabolismului grăsimelor, efect care la rîndul său crează mari dificultăţi pentru unii diabetici.

Factorii neuro-psihici provoacă deseori şi apariţia unor afecţiuni cardo-vasculare, în special coronariene, datorită pe de o parte tensiunii nervoase ce o comportă o muncă cu caracter atît de specializat ca cea din domeniul automatizării, inactivităţii fizice sau condiţiilor de viaţă din marile aglomeraţii urbane.

La operatorii din întreprinderile automatizate aceşti factori stressanţi acţionează cu multă intensitate. Un cercetător englez Morris, menţionează în deosebi influenţa activităţii sedentare la operatorii telegrafişti de radio etc. în apariţia acestor maladii. Odată cu dezvoltarea impetuoasă civilizaţiei industriale mediul înconjurător este expus unor transformări care riscă să distrugă echilibrul ecologic stabilit în decursul vieţii planetare între fenomenele fizice şi cele biologice. Problema relaţiilor dintre om şi mediul său de viaţă nu este o problemă numai a medicinii, ea a căpătat în momentul de faţă o importanţă mondială.

Pe scara gravităţii poluărilor, după unii autori, primul loc ar reveni impurificării apei. Sînt contaminate în primul rînd apele continentale (lacuri, fluvii, rîuri, pînze acvatice subterane) mai ales din Europa, America de Nord şi Japonia, unde se află ape puternic industrializate, şi în al doilea rînd apele din apropierea porturilor şi a căilor maritime mai frecvente. În unele fluvii în care au loc deversări de deşeuri industriale ca Rinul şi Sena în Europa, ca şi Marile lacuri din S.U.A. şi Canada, viaţa faunei şi florei a încetat în mod practic. În timp ce în industrie sau în subteran este posibilă îngrădirea unor neajunsuri prin adoptarea de măsuri de protecţie, în schimb poluarea sonoră este resimţită din plin în deosebi de populaţia situată în apropierea marilor aeroporturi naţionale şi internaţionale. În afară de riscurile surdităţii determinate de zgomotele reactoarelor sau al avioanelor supersonice — zgomot care se caracterizează prin intensitate, spectru şi direcţie — o urmare nocivă este şi fenomenul de stres, care produce în organismul uman tulburări ale sensibilităţii şi percepţiei, reducerea accentuată a capacităţii de atenţie etc.

Creşterea continuă a nivelului de trai şi reducerea orelor de muncă (tendinţă legică ireversibilă) consecinţă a revoluţiei ştiinţifice tehnice rezolvă multe probleme dar şi crează altele. Astfel, introducerea diferitelor aparate şi instrumente: frigiderul, aspiratorul, maşina de spălat, televizorul, etc. uşurează şi face viaţa mai plăcută, duce la economisirea de timp, dar totodată crează alte probleme pentru viaţa socială, pentru sănătatea individului, care se cer a fi studiate. Toate acestea ridică sarcini de mare răspundere în faţa medicinii. Recurgerea promptă sau chiar precipitată la antibiotice constituie o „modă" care „cocoloşeşte" reactivitatea naturală a organismului. Faimoasa natură medicatrix a vechilor medici este lăsată să se atrofieze. Se manifestă o tulburătoare fugă de durere şi de orice simptom visceral duce la o adevărată farmacomanie, consumul de medicamente (toxice, iar unele chiar mutagene) întrecînd orice imaginaţie rezonabilă.

A. Moga abordînd într-un studiu problema orientării cercetărilor ştiinţifice din domeniul medicinii, în contextul revoluţiei ştiinţifice şi tehnice actuale schiţa următoareleor direcţii : a) trecerea de la cunoaşterea şi descrierea fenomenelor la înţelegerea fenomenelor vieţii, la cunoaşterea mecanismului intern al bolilor, adică de la fenomen la esenţă ; b) accent mai pregnant pe legătura dintre om şi mediul înconjurător etc. „Omul — scrie autorul — prin progresul ştiinţei îşi schimbă el însuşi mediul care îl înconjoară, iar mediul care-l înconjoară are influenţe profunde asupra organismului şi stării de sănătate". Acesta este un adevăr cu valoare de postulat care trebuie, după opinia noastră, să stea la baza medicinii moderne.

Cunoaşterea efectelor sociale şi umane ale revoluţiei ştiinţifice şi tehnice contemporane, fructificarea cuceririlor ei în scopul perfecţionării continue a mijloacelor şi instrumentelor de investigaţie a patologiei umane, a metodelor terapeutice, reprezintă un imperativ esenţial al medicinii româneşti contemporane.

În lumina Programului de cercetare ştiinţifică, supus dezbaterii publice, şi adoptat de Congresul al XII-lea al P.C.R. „în domeniul medicinii obiectivul fundamental al cercetării trebuie să-i constituie menţinerea şi întărirea sănătăţii fizice şi intelectuale a tuturor cetăţenilor patriei, cunoaşterea aprofundată a proceselor funcţionale ale organismului uman şi valorificarea pe scară largă a cuceririlor biologiei moderne, pentru prevenirea şi reducerea îmbolnăvirilor". Continuînd tradiţiile sale progresiste, umaniste, Şcoala medicală ieşeană îşi va orienta şi în viitor, în mod prioritar, investiaţiile sale interdisciplinare, spre rezolvarea acestei problematici de interes major, contribuind astfel la ridicarea asistenţei medicale la un nivel calitativ superior, în concordanţă cu exigenţele etapei istorice pe care o parcurgem.

Eforturile disciplinelor, catedrelor, clinicilor, sînt îndreptate, în primul rînd, către activitatea profilactică, asigurarea mijloacelor de apărare şi refacere a sănătăţii oamenilor muncii, aprofundarea fenomenelor biologice legate de adaptarea la viaţa modernă, optimizarea formelor şi metodelor de asistenţă medicală, prevenirea şi combaterea principalelor boli cronice prin îmbunătăţirea cunoaşterii factorilor de risc şi a mecanismelor de producere a acestora, perfecţionarea metodelor de depistare precoce a bolilor, de profilaxie şi de tratament. Medicina omului sănătos ocupă un loc necesar în cadrul tematicii de cercetare a corpului medical ieşean şi ea corespunde actualei etape de dezvoltarea societăţii româneşti.

FENOMENUL DE OBOSEALĂ, FACTOR POTENȚIAL DE RISC ADAPTATIV SOCIO-PROFESIONAL

Emilia Cârlescu-Lupașcu, I. Gobjilă, M. Șelaru
— Iași

Fenomenul de oboseală a fost studiat dintr-o perspectivă sistemică urmărind muncitorul — producția realizată, ambianța fizică și socială într-o secție a unei întreprinderi de prelucrare a lemnului.

Pentru a evalua în ce măsură fenomenul de oboseală influențează adaptarea socio-profesională a muncitorilor în cadrul prezentului studiu am analizat : condițiile de muncă din secție ; influența oboselii asupra apariției unor disfuncții de adaptare socio-profesională.

Procesul de producție din secție este organizat în două schimburi, în care majoritatea muncitorilor sînt femei care execută lucrări manuale cu mișcări rapide pe toată durata programului de lucru.

Procesul de muncă se desfășoară într-o hală slab asigurată cu lumină naturală și împreună cu alte ateliere ce au mașini acre produc praf și zgomot. În cadrul muncii se execută furniruirea panourilor pentru mobilă și determinarea și remedierea defectelor la panourile deja furniruite.

Munca se execută numai în poziție ortostatică, cu deplasări frecvente pentru aprovizionarea cu materiale, dar cu mișcări stereotipe și relativ simple. În timpul programului de lucru asupra muncitoarelor acționează o serie de solicitări, dintre care menționăm : efort fizic datorită muncii aproape în exclusivitate manuală, în poziție ortostatică, cu mișcări care solicită intens numai anumite grupe de mușchi ; solicitări ale analizatorilor vizuali și tactil pentru detectarea la timp și în totalitate a defectelor ; solicitări datorită rapidității necesare coordonării manuale și reactivității complexe ; atenție permanentă și stabilă pentru observarea defectelor în cadrul operațiilor de control și pentru eliminarea posibilităților apariției lor în restul activității.

Din punct de vedere psihologic am analizat condițiile procesului de muncă prin investigații ce au cuprins :

— analiza psihologică a activității ; convorbiri cu întregul personal muncitor din secție ; observații la locul de muncă ; examinarea prin teste psihologice ; administrarea chestionarului sociologic.

Din observațiile făcute asupra locului de muncă, a mediului fizic și psihosocial, desfășurată pe o perioadă de mai multe zile și la ambele schimburi, începînd cu ora 6 dimineața la schimbul I și pînă la sfîrșitul programului la orele 22 la schimbul II, am observat că activitatea lucrătoarelor prezintă o serie de dificultăți de natură fizică, psihologică și socială, pentru care s-au dat o serie de indicații de natură erganomică.

Cercetînd fenomenul de oboseală am constat că o serie de cauze se datoresc caracteristicilor muncii și condițiilor în care se desfășoară, iar altele caracteristicilor individuale a subiecților examinați psihologic. Investigația psihologică s-a efectuat prin teste specifice de oboseală și anume : teste de senzație, substituție, memorie și spirit de observație. Acestea au fost aplicate la personalul întreg al schimburilor I și II, 100 de muncitoare, înainte de începerea programului de lucru (ora 5 dimineața și respectiv ora 13) și la sfîrșitul lucrului (orele 14 și 22).

Menționăm că din acest număr, în urma analizei testelor, am considerat ca fiind semnificative 80 teste, restul fiind eliminate ; în urma studierii acestora am ales 8 subiecți (10 % din lot pentru a nu perturba procesul de producție) ca fiind reprezentativi și pe care i-am testat la începutul programului, după 4 1/2 ore de lucru, 5 1/2 ore și la sfîrșitul activității.

Din datele prelucrate prezentăm numai rezultatele medii pentru lotul reprezentativ în tabelele 1 și 2 și graficele din fig. 1 și 2.

Tabelul nr. 1

Indici	Test Kraepelin (operații/min.)			
Ora :	6,00	10,30	12,30	14,00
Cantitativ (viteza	20	29	21	25
Calitativ (exactitate)	0,975	0,986	0,933	0,922
Coeficient de eroare	0,025	0,014	0,067	0,078

Tabelul nr. 2

Indici	Test Bourdon—Amfimov			
Ora :	6,00	10,30	12,00	14,00
Cantitativ (viteza)	233	341	227	305
Calitativ (exactitate)	0,962	0,972	0,941	0,964
Coeficient de eroare	0,038	0,028	0,059	0,036

Menționăm că rezultatele celorlalte teste se corelează cu datele prezentate mai sus pentru testele K și B—A pe care le-am considerat semnificative pentru interpretarea fenomenului cercetat.

Din tabelele și graficele anexate se observă că indicii cei mai ridicați se obțin la jumătatea programului de lucru, sensibil mai mari decît la intrarea în schimb, apoi eiprezintă o scădere substanțială, pentru ca la sfîrșitul programului să revină la valori mai bune.

Această alură a curbelor este explicabilă psihologic prin aceea că la începutul programului capacitatea de concentrare a atenției este scăzută, apoi prin adaptarea organismului la condițiile de lucru și ritmul activității zilnice ea crește, oboseala instalîndu-se lent. La mijlocul celei de-a doua jumătăți a programului, capacitate ade concentrare este mult scăzută, datorită instalării fenomenului de oboseală, aceasta avînd un efect puternic în sensul scăderii capacității de muncă.

Spre sfîrșitul programului performanțele cresc ca rezultat al mobilizării motivaționale a subiecților.

Specificăm că oboseala a crescut totuși în această perioadă, fapt demonstrat și de mișcarea coeficientului de calitate la testul K., test care presupune o participare mai intensă a proceselor de atenție în raport cu testul B—A.

In cadrul studierii fenomenului de oboseală ne-a preocupat, de asemenea, climatul psiho-social de la locul de muncă analizat, pentru care am administrat un chestionar sociologic complex vizînd o serie de probleme, dintre care, mai importante menționăm: vîrsta muncitorilor, pregătirea profesională, cursurile de calificare absolvite, vechimea în meserie, navetismul, opiniile lucrătoarelor asupra factorilor care pot influența oboseala, cauzele neîndeplinirii normelor, relațiile din colectivul de muncă etc.

Prezentăm succint rezultatele obținute în raport cu parametrii avuți în vedere.

Vîrsta majorității muncitorilor este între 30—40 ani; majoritatea muncitorilor sînt femei. Lucrătoarele tinere au calificare prin școala profesională, iar cele mai în vîrstă calificare la locul de muncă. Vechimea în meserie este în 60 % din cazuri peste 10 ani, 15 % între 5—10 ani și restul între 1—5 ani.

Personalul provine, în cea mai mare parte, din mediul rural, fenomenul navetismului constituind o problemă atît pentru muncitori, cît și pentru activitatea desfășurată în întreprindere.

Muncitoarele reclamă oboseală accentuată datorită specificului muncii fizice și suferințelor psiho-somatice.

Relațiile din colectivul de muncă între lucrătoare și maistru sînt principiale, 90 % din subiecți arătînd că sînt sprijinite atît în problemele profesionale, cît și extraprofesionale, cînd solicită sprijinul conducătorilor.

Din punct de vedere social climatul din secție este corespunzător, ceea ce are efecte pozitive asupra activității și nu contribuie la accentuarea oboselii.

Din studiul efectuat se desprind principalele cauze care duc la oboseală și asupra cărora trebuie acționat, în special pentru micșorarea acestui fenomen și, implicit, pentru creșterea randamentului în muncă.

Pe baza celor expuse, relatăm unele măsuri propuse: acțiuni de natură ergonomică și organizatorică, care să ducă la micșorarea efortul fizic; îmbunătățirea condițiilor de iluminat din secție; introducerea unui sistem judicios pe pauze scurte și a muzicii funcționale; selecție profesională științifică la angajarea personalului în această secție; acțiuni complexe menite să întrețină o atmosferă psihosocială corespunzătoare; optimizarea relațiilor interpersonale.

ASPECTE ALE PATOLOGIEI PSIHICE ÎN MEDIUL INDUSTRIAL

V. Chiriță, I. Turcu, G. Zichil, Gabriela Marinescu, Fl. Teodorescu, A. Candrea

— *Bacău*

Preocuparea existentă în cadrul L.S.M. pentru depistarea factorilor de risc în demodulările și îmbolnăvirile psihice în mediul industrial a determinat inițierea unei acțiuni de cercetare la Întreprinderea mecanică Bacău unde zgomotul constituie o noxă poluantă constantă.

Investigația a cuprins un număr de 758 subiecți, reprezentînd 57,2 % din totalul muncitorilor aflați în procesul productiv și 45,3 % din personalul administrativ, cu o structură pe sexe net favorabilă sexului masculin — 89,1 % față de 10,9 % sex feminin. Pe grupe de vîrstă repartiția este următoarea: sub 20 ani 5,1% 21—25 ani 24,7 %, 26—30 ani 23,4 %, 31—40 ani 21,5 %, peste 40 ani 25,9 %. În scopul unei evidențieri corecte a influenței zgomotului s-a procedat la alcătuirea unor eșantioane corespunzătoare locurilor de muncă în care zgomotul este prezent, respectiv Secția I-a cu 337 muncitori și a locurilor de muncă unde acesta nu este un factor poluant, respectiv Secția a II-a cu 367 muncitori, separînd în același timp spre diferențiere un eșantion TESA cu 54 salariați care nu lucrează direct în producția bunurilor materiale. Repartiția pe ateliere în cadrul secțiilor respective pe criteriul grupei de vîrstă și de sex se prezintă astfel:

Tabelul nr. 1

Secția — Atelierul	Subiecți investigați	GRUPA DE VÎRSTĂ					SEX	
		Sub 20 ani	21—25	26—30	31—40	Peste 40 ani	M	F
I — 1	97	12	27	25	12	21	95	2
I — 2	129	11	27	23	32	36	113	16
I — 3	111	4	42	30	17	18	105	6
TOTAL SECȚIA I	337	27	96	78	61	75	313	24
II — 1	113	2	27	31	27	26	103	10
II — 2	96	6	21	21	20	28	93	3
II — 3	158	7	37	32	35	47	146	12
TOTAL SECȚIA A II-A	367	15	85	84	82	101	342	25
TESA	54	—	8	16	20	10	22	32
TOTAL GENERAL	758	42	189	178	163	186	677	81

În raport de vechimea în muncă şi gradul de calificare profesională obţinem următoarea distribuţie în cadrul atelierelor din secţiile investigate :

Tabelul nr. 2

Secţia — Atelierul	VECHIMEA ÎN MUNCA				CALIFICAREA		
	Sub 1 an	1—5 ani	5—10 ani	Peste 10 ani	Necalificat	Şcoală profesională	Curs de calificare
I — 1	7	22	29	39	5	42	50
I — 2	15	23	36	55	18	27	84
I — 3	3	34	33	41	7	46	58
TOTAL SECŢIA I	25	79	98	135	30	115	192
II — 1	8	21	38	46	1	40	72
II — 2	14	18	30	34	2	49	45
II — 3	8	26	26	98	—	62	96
TOTAL SECŢIA A II-A	30	65	94	178	3	151	213
TESA	2	10	14	28	—	25	29
TOTAL GENERAL	57	154	206	341	33	291	434

In continuare metodologia cercetării s-a desfăşurat în două etape :

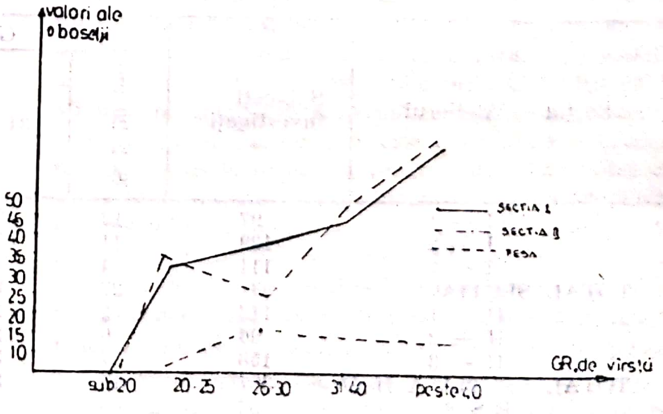
Prima etapă a constat în despuierea fişelor medicale de la dispensarul de întreprindere şi selectarea subiecţilor cu afecţiuni psihice confirmate de medici specialişti ; aceştia împreună cu ceilalţi muncitori din eşantioanele alcătuite au fost anchetaţi prin completarea unei fişe bio-psiho-sociale folosită de L.S.M. în depistarea factorilor de risc în îmbolnăvirile psihice, trecîndu-se apoi la alcătuirea unor loturi în funcţie de itemii cuprinşi în acest chestionar, ţinînd cont în mod deosebit de semnele directe de oboseală.

In a doua etapă, care a constat în cercetarea propriu-zisă, s-au efectuat o serie de metode şi tehnici psihologice şi sociologice, examinări medicale complexe psihice şi generale de către medicul psihiatru şi medicul de medicina muncii precum şi efectuarea a o serie de audiograme, urmărind în acest fel stabilirea rolului zgomotului ca noxă poluantă conjugat sau nu cu alţi factori de risc în declanşarea sau întreţinerea tulburărilor psihice.

Examinarea psihologică a urmărit depistarea unor eventuale modificări în sfera cognitivă şi a personalităţii vizînd în ultimă instanţă adaptarea individului la munca sa, iar conjugarea cu investigaţia sociologică a permis realizarea unei sinteze psihosociologice ce a conferit o privire de ansamblu asupra colectivităţii studiate, oferind, în acelaşi timp, multiple posibilităţi de stabilire a ipostezelor de lucru pe parcursul cercetării. În acelaşi timp examinarea psihiatrică axată pe cazuistica dispensarului de întreprindere şi pe indicatorii care relevau o fenomenologie marginală depistată de investigaţia psihologică a permis selectarea cazurilor care necesitau intervenţia terapeutică, iar prin corelare cu audiometriiile a încercat determinarea obiectivă a influenţei perturbatoare a zgomotului şi a rolului său ca factor de risc în determinările auditive şi demodulările psihice.

Abordarea complexă, efectuată pe parcursul cercetării asupra întregului lot luat în studiu, încercînd determinarea rolului zgomotului ca factor de risc în îmbolnăvirile psihice în mediul industrial cu poluare fonică a fost eşalonată pe urmărirea unor aspecte semnificative grupate astfel :

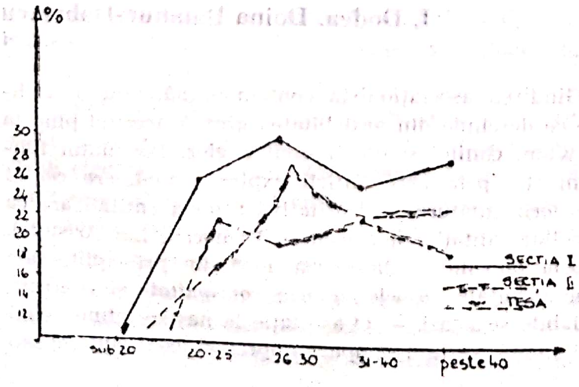
1. *Distribuţia semnelor de oboseală psihică.* Acest indicator care face parte din chestionarul folosit îl considerăm ca semnificativ deoarece există un consens unanim în recunoaşterea zgomotului ca factor de oboseală în munca industrială. Astfel prin itemul din chestionar putem testa dacă zgomotul este responsabil într-un anumit grad de instalarea oboselii, apoi putem trece la o investigaţie mai profundă asupra personalităţii subiecţilor studiaţi. În ceea ce priveşte instalarea fatigabilităţii găsim o distribuţie aproximativ egală între cele două secţii cu o uşoară tendinţă de creştere spre grupa de vîrstă de peste 40 de ani. La personalul TESA procentul cel mai ridicat se întîlneşte la grupa de vîrstă 26—30 ani după care scade uşor, rămînînd însă constant. Se observă, totuşi, că muncitorii din secţia I-a, cuprinşi în grupa de vîrstă sub 20 de ani, obosesc mai repede decît cei din Secţia II-a ceea ce presupune că zgomotul acţionează ca un factor de diminuare asupra capacităţii productive a personalităţii în formare. Altfel spus zgomotul acţionează ca un fatcor care îngreunează adaptarea în procesul productiv la tinerii angajaţi, aceştia reuşind ulterior să se adapteze suferind mai accentuat cei cu o structură psihofiziologică mai puţin adecvată muncii prestate.



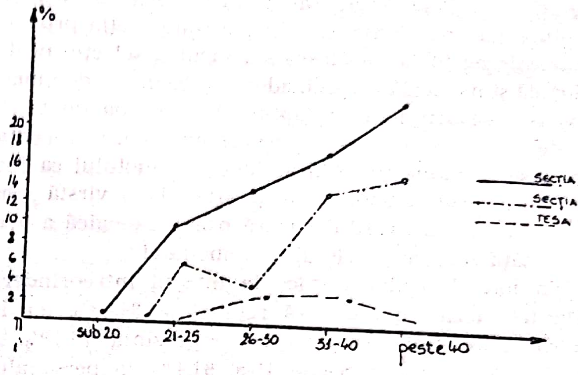
Interpretarea statistică a distribuției oboselii conduce la observația că dacă în cazul Secției I-a oboseala are valori mereu crescînde, distribuția oboselii la Secția a II-a are o sinuozitate care ne face să formulăm ipoteza că aici intervin și alți factori care influențează fatigabilitatea personalului muncitor. Unul din aceștia este reprezentat de structura demografică a celor două secții, media de vîrstă fiind de 31,1 ani la Secția I-a, 38,9 ani la Secția a II-a și 34,8 ani la personalul TESA. Se poate observa din această referire că vîrsta medie crescută la Secția a II-a concură la instalarea fatigabilității, iar comparația între Secția I-a și TESA indică rolul zgomotului, acestea avînd medii de vîrstă apropiate. Se poate trage, astfel, concluzia că zgomotul existent în Secția I-a poate fi incriminat în producerea oboselii psihice la personalul muncitor, acesta adaptîndu-se mai bine cînd are o structură de vîrstă aptă să facă față solicitărilor sonice.

2. *Distribuția fenomenologiei psihice de tip marginal.* Examinarea psihologică detaliată, care a făcut obiectul cercetării propriu-zise, efectuate prin teste și chestionare psihologice după metodologia și experiența Serviciului Psihosocial Iași a cuprins muncitorii din cele trei esctoare de muncă și a vizat fenomenologia psihică marginală de factură nevrotică indusă prin influența nocivă a zgomotului și a altor factori care se intrică în determinarea acesteia, urmărind surprinderea ponderii tuturor acestor factori de risc în repartiția generală. Din investigațiile întreprinse se relevă că irascibilitatea are o distribuție ascendentă în funcție de vîrstă în cazul Secției I-a comparativ cu Secția II-a și TESA unde are o distribuție relativ uniformă la toate grupele de vîrstă. Se poate concluziona că zgomotul accentuează starea de irascibilitate prin acțiunea sa asupra sistemului nervos, dar și prin îngreunarea comunicării în procesul de producție fapt confirmat și de analiza relațiilor interpersonale care arată că, deși în cadrul Secției a II-a există lideri ale căror relații cu subalternii constituie factori favorabili perturbării climatului de microgrup, totuși ponderea în totalul general de raporturi interpersonale defectuoase o deține Secția I-a.

Funcția prosexică este influențată, de asemeni, de zgomot, distribuția pe cele trei sectoare analizate relevînd faptul că muncitorii din Secția I-a prezintă un nivel mai scăzut al atenției decît cei din Secția II-a și TESA mai ales spre grupa de vîrstă peste 40 de ani, cu mențiunea că valorile prosexiei nu perturbă prin ele însele capacitatea productivă.



Cumulînd însă toate aceste deficite cu valorile anxietății în cazul cînd acesta se suprapune, se pot genera fenomene de inadaptare cu toate consecințele care decurg. Distribuția anxietății conduce la concluzia că în Secția I-a unde zgomotul este crescut există riscul ca anxietatea să se instaleze mai rapid, atingînd uneori valori care duc la inadaptare.



Din analiza grafică reiese destul de clar că în cazul Secției I-a anxietatea se instalează mai rapid avînd valori mai ridicate la toate gradele de vîrstă decît în celelalte două sectoare de activitate, excepție făcînd grupa de vîrstă 26—30 ani, unde, mai ales la TESA, anxietatea prezintă o creștere accentuată fapt care ne face să presupunem că acest fenomen nu este numai o consecință a zgomotului deși acesta poate avea un rol important. Această subliniere este susținută și de investigația psihologică a personalității muncitorilor care indică faptul că structurile de personalitate de tip nevrotic sînt omogen repartizate în toate secțiile, eliminîndu-se astfel posibilitatea ca printr-o distribuție aleatorie să se suprapună locurile de muncă cu zgomot cu personalitățile nevrotice și locurile de muncă fără zgomot cu structurile de personalitate de tip stenic.

3. *Distribuția bolilor psihice.* Din datele statistice ale dispensarului medical de întreprindere coroborate cu examinarea psihiatrică se constată că bolile psihice reprezintă 10,2 % din totalul morbidității, iar indicii de repartiție a bolilor psihice pe cele trei secții supuse investigației noastre realizează următoarele valori: 10,2 % în Secția I-a, 8,7 % în Secția a II-a și 15,9 % la personalul TESA. Detalierea în continuare prin defalcarea cazurilor de boli psihice pe grupe de vîrstă în cele trei sectoare se prezintă astfel:

Tabelul nr. 3

Sectorul de activitate	GRUPA DE VÎRSTA				
	sub 20 ani	21—25 ani	26—30 ani	31—40 ani	peste 40 ani
Secția I-a	—	4,1%	13,8%	25,0%	56,9%
Secția a II-a	—	9,0%	13,6%	27,2%	50,0%
T E S A	—	5,2%	26,3%	15,7%	52,6%

Analizînd această situație sintetică se observă o creștere a coeficientului de distribuție a bolilor psihice direct proporțional cu grupa de vîrstă în toate secțiile şi o uşoară scădere a procentajului în grupa de vîrstă 31—40 ani la personalul TESA. Se remarcă deasemeni că la grupa de vîrstă 21—25 ani procentajul cel mai mic îl deţine Secţia I-a cu poluare fonică, iar la grupa de vîrstă peste 40 ani aceeaşi secţie realizează cel mai mare procentaj. Explicaţia acestei situaţii rezidă în următoarele posibilităţi : în locurile de muncă cu zgomot s-a realizat selecţia muncitorilor sub două aspecte : a) în această secţie au rămas muncitorii cu structuri psihice mai rezistente, ceilalţi părăsind secţia prin neacomodare ; b) la încadrare s-a făcut o selecţie profesională şi medicală corectă, adecvată locurilor de muncă expuse poluării fonice ; faptul că în grupa de vîrstă peste 40 ani Secţia I-a deţine cel mai mare procentaj îşi găseşte explicaţia prin acţiunea zgomotului ca factor nociv asupra unor subiecţi aflaţi la o vîrstă cînd există un anumit grad de uzură psihofiziologică a personalităţii care creşte riscul de îmbolnăvire.

Din totalul bolilor psihice la nivelul întreprinderii diferitele forme de nevroză reprezintă 84,4 %, iar în cadrul celor trei secţii acestea reprezintă 76,4 % în Secţia I-a, 34,8 % în Secţia II-a, 84,4 % la personalul TESA. În ceea ce priveşte celelalte boli psihice sau afecţiuni cu coloratură nevrotiformă găsim 25,9% psihosindroame migrenoase şi 9,5% alte boli psihice. Analizînd internările în Secţia de psihiatrie şi concediile medicale pentru decompensări ale simptomatologiei nevrotice în cele trei secţii se obţine un coeficient de 5,6 ori mai mare în Secţia I-a, ceea ce indică intensitatea şi acuitatea decompensărilor prin acţiunea nocivă a zgomotului.

4. *Corelarea audiometriei cu fenomenologia psihică de inadaptare.* În scopul completării investigaţiei efectuate şi beneficiind de colaborarea serviciului de medicina muncii, am avut posibilitatea efectuării a 285 de audiograme în sectorul cu poluare fonică intensă ceea ce reprezintă 40,5 % din totalul muncitorilor. Au fost depistaţi cu această ocazie 32 de hipoacuzici dintre care 12 hipoacuzii profesionale. Din corelarea rezultatelor audiometriei cu cazurile care au prezentat fenomenologie psihică marginală, demodulări şi îmbolnăviri psihice a rezultat un coeficient Pearson de 0,16 care este nesemnificativ în sensul legăturii dintre tulburarea psihică şi defectivitatea auditivă.

Interpretarea şi analiza rezultatelor obţinute prin cercetarea noastră ne permite să reţinem în mod concluziv cîteva aspecte ce pot fi rezumate astfel : a) zgomotul apare ca un factor perturbator care sumat cu alţi factori de risc contribuie la determinarea de tulburări psihice ; b) încadrarea în locurile de muncă cu poluare fonică implică un examen medical amănunţit şi o orientare profesională adecvată în raport de particularităţile psihofiziologice ale fiecărei persoane în parte ; c) instalarea fenomenelor de oboseală psihică şi a demodulărilor psihice necesită măsuri prompte de ordin medical şi socio-profesional pînă la schimbarea locului de muncă ; d) ameliorarea mediului profesional şi a climatului de microgrup alături de măsurile de ordin tehnic pot conduce la diminuarea efectelor nocive ale zgomotului ; e) instituirea unor măsuri protective se impune în scop preventiv la salariaţii care lucrează în locuri de muncă cu poluare fonică ; f) sprijinirea medicului de întreprindere în acţiunile sale profilactico-curative necesită o îndrumare metodologică de specialitate ; g) cooptarea cadrelor de conducere ale întreprinderii în acţiunile destinate ameliorării factorilor de risc şi a efectelor nocive conferă garanţia aplicării şi permanenţei acestora.

Prezentul studiu, ca şi altele efectuate în medii diferite, ne duce la ideea că acţiunile de cercetare în mediul industrial contribuie, pe lîngă cunoaşterea morbidităţii prin boli psihice, la depistarea şi prevenirea factorilor de risc şi eşec adaptativ, dar că ele nu se pot efectua decît printr-o activitate de echipă care să cuprindă reţeaua de medicină generală cît şi factorii instituţionali, fapt care permite, pe lîngă o analiză realistă şi posibilităţi concrete de aplicare, o continuitate a programelor psihoprofilactice cu rezultate pozitive în apărarea şi promovarea sănătăţii mintale.

The analysis of the morbidity through psychic diseases and complex studies with a research character in an industrial medium leads to the discovery of risk elements and to precautions with regard to their prevention having deep implications in the prophylaxis of psychic diseases. These are made by convergent actions of psychiatry, general medicine and work-medicine system in direct co-operation with the leading staff of the industrial unit in a team activity with common tasks for the improvement of the professional medium, for the diminution of the effects of pollution.

PSIHOLOGIA ASOCIAŢIONISTĂ A CREATIVITĂŢII ; VALORI ŞI LIMITE

I. Dodea, Doina Balahur-Dobrescu
— *Iaşi*

În cercetările de a explica creativitatea, psihologia contemporană cunoaşte demersuri variate ce merg de la soluţii clasice de tipul asociaţionismului, behaviorismului şi psihanalizei pînă la generalizările interdisciplinare din filosofia ştiinţei (Karl Popper — The Logic Scientific Descovery). Specificul adaptărilor soluţiilor clasice la problematica modernă, este deplasarea accentului, utilizarea lor nu ca modalităţi explicative ci mai degrabă ca argumente în favoarea unor tehnici şi mijloace de stimulare a creativităţii.

Gîndirea asociaţionistă contemporană, reia o tradiţie ce descinde din antichitatea greacă, trecînd pînă la Newton, Galilei şi empirismul englez. Postulatul fundamental prin care anticii explicau noul, era cel al asocierii ; alăturalea cantitativă a două entităţi are ca rezultat calităţi noi considera Democrit. Lui Aristotel, asociaţionismul îi datorează două din principiile sale fundamentale : asocierea prin *contiguitate* şi *contrast*, valabile şi astăzi. — O asociaţie ia naştere atunci cînd doi stimuli — tind să apară împreună (contiguitate) sau dacă ei sînt asemănători (similaritate) sau într-un fel sînt diferiți între ei (contrast).

Secolul XVIII—BIT, prin empirismul englez (John Locke) și succesorii săi (D. Hume, James Mill, Alex. Bain) ridica legile asociative la rang de principii explicative ale întregii activități mintale. Este vorba de un transfer reducțional din fizica și mecanica newtoniană a unor legi și principii ce dominau în epocă și prin prisma cărora se realiza orice explicație. „Omul este o parte a naturii fizice și mintea sa funcționează în consecință în concordanță cu legile științei fizice. Această imagine și-a găsit expresia cea mai adecvată în mecanica mintală a lui James Mill. Dacă universul fizic poate fi explicat în termenii particulelor materiale existînd în spațiu și timp de ce n-am putea reduce mintea la elemente analoage și am explicat comportamentul său prin aceeași lege ? R. Mc. Leod „Retrospect and Prospect Approaches to Creative Thinking — Atheros Press — New York, 1967).

Conform principiului asociaționist empirist, „nu poate fi nimic în minte care să nu fi fost anterior în simțuri, nimic în întreg care să nu fi fost întîi în parte". Prin urmare creația nu este nimic mai mult, decît o combinație de elemente deja existente.

S. A. Mednich (The Associative Basis of The Creative Process in Human Learning — New York, Rinehart and Holt, 1964) a dat concepției asociaționiste din psihologia contemporană, o viziune închegată, considerînd gîndirea creatoare, ca proces de formare a noi combinații de elemente. Cu cît elementele implicate în actul asociației sînt mai îndepărtate, cu atît soluția va fi mai creativă. De asemenea, cu cît există un mai mare număr de asociații, cu atît este mai mare posibilitatea ca persoana să fie mai creativă.

Adîncind analitica procesului asociativ, Mednick consideră trei mecanisme fundamentale ce ar facilita contiguitatea ideațională :

1. *Serendipity :* două sau mai multe elemente se grupează ca urmare a unei circumstanțe accidentale ; sau două idei separate, pot intra deodată în raza conștiinței, pentru că obiectele ce le-au evocat, au apărut întîmplător împreună. În descoperirile prin serendipity hazardul arată Mednick pare a juca un rol însemnat (ex. : descoperirea razelor X Bequerel, sau a penicilinei de Flemming).

2. *Similaritatea :* elementele soluției sînt reunite ca urmare a similarității lor, sau ca urmare a similarității stimulilor ce le-au evocat. Acest mecanism este propriu artelor (poezie, pictură, muzică, sculptură) în care similaritatea de formă, sunet și culoare joacă un rol important.

3. *Medierea :* două sau mai multe elemente, care nu apar niciodată împreună, sînt asociate prin medierea altui element comun ambelor. Aceasta considera Mednick este cel mai important dintre cele trei mecanisme, fiind propriu domeniilor ce utilizează sisteme de simboluri (matematică, chimia).

Creativitatea constă deci în organizarea printr-unul din mijloacele descrise mai sus a elementelor în combinații noi. Cu cît elementele sînt mai îndepărtate între ele, cu atît soluția va fi mai creativă. În consecință, criteriile de apreciere a creativității unei soluții sînt originalitatea și infrecvența statistică a asociațiilor.

Literatura psihologică afectată criticii asociaționismului cuprinde o versiune analitică, adresată ipotezelor clasice și una ale cărei argumente sînt furnizate de cercetări experimentale de dată mai recentă.

1. S-a observat că prin reamintire asociațiile își pierd unele trăsături și dobîndesc altele. Soluțiile originale nu se produc prin reprezentări de idei între care iau naștere legături „spontane" că sînt rezultatele unui îndelungat proces de pregătiri și incubație.

2. Gîndirea este direcționată de anumite tendințe determinante, ceea ce simpla asociere nu poate explica. „Gîndirea este controlată de obiectul său" (Bradley).

3. Teoria formei a demonstrat că *„atomii gîndirii"* se schimbă cînd intră în noi combinații : natura elementelor fiind subordonată și determinată de ansamblul structural (gestalt) în care intră. Astfel viața mintală nu este un conglomerat de impresii senzoriale independente ce ar rămîne neschimbate prin participarea în diverse lanțuri asociative. Aceste limite țin de atomismul și mecanismul abordării asociaționiste.

4. Gîndirea este un proces sintetic de alt ordin decît asociațiile de imagini și senzații, care sînt în mod fundamental particulare.

Asociaționismul dincolo de pretențiile sale explicative, are meritul de a fi sesizat o însușire reală a proceselor ideative, însușire fructificată din plin de tehnicile de stimulare a creativității.

Brainstorming-ul (Alex. F. Osborn) în fundamentarea preceptelor sale, folosește în mod explicit asociația ideativă și cea fonetică. Am putea spune că înainte de a fi un mijloc al stimulării imaginației și al obținerii unor soluții originale, este un exercițiu și o metodă de educare a fluxului asociativ. Suspendînd judecata critică brainstorming-ul propune realizarea unui număr cît mai mare de asociații de idei din domenii cît mai variate și îndepărtate. Rata ideilor originale este în funcție de principiul asociaționist după care cantitatea sporește calitatea.

Prin demersul analogic *(Gordon — Synectics)* — tehnicile asociative cunosc extensia maximă, în mod explicit, utilizarea analogiei în cursurile de creativitate, are ca scop stabilirea de asociații, relații, ce permit trecerea dintr-un domeniu într-altul oricît de îndepărtate ar fi (ex. : *analogia directă :* punerea problemei în relație cu situații din lumea animală, vegetală etc. ; analogia simbolică : punerea problemei în relații cu mituri, legende etc.)

Teoria bi-sociației (Arth. Koestler — The Act of creation) conform căreia creația înseamnă a pune în raport fapte, idei, produse, ce aparțin unor domenii diferite, oferă baza tehnicilor combinatorii, dintre care cea mai cunoscută este matricea descoperirii a lui Abraham Moles.

Utilizînd sugestiile oferite de teoria asociaționistă tehnicile de stimulare preiau postulatele sale, folosindu-le ca mijloace de educare a creativității și nu ca model explicativ.

PSIHIATRIA TRANSCULTURALĂ ŞI CRIZA PSIHIATRIEI CLASICE

I. Cucu, Viorica Filip
— *Bucureşti*

Multitudinea de concepţii şi teorii care s-au succedat în scurta existenţă a psihiatriei ştiinţifice face foarte dificil a se preciza ce reprezintă în fond psihiatria „clasică“. Totuşi mai mult pe baza unui consens se atribuie epitetul de „clasic“ concepţiilor psihiatrice de la începutul erei ştiinţifice a psihiatriei şi anume a concepţiei clinico-nozologice kraepeliniene şi psihiatriei dinamice fondată în special pe studiile lui Freud, Meyer, Adler, Jung şi alţii. Deşi ambele grupe conceptuale par a fi astăzi depăşite ele au adus totuşi o contribuţie extrem de importantă în domeniul psihiatriei făcînd posibil actualul salt calitativ al psihiatriei care a devenit astfel o disciplină socială.

În fond spune Baruk istoria psihiatriei pornind de la marea epocă clinică pînă la actuala psihiatrie socială este o lungă perioadă de idolatrii psihiatrice, idolatrii care constau din aceia că în diferite epoci, fiecare factor nou descoperit era generalizat şi transformat într-un adevărat idol. Aşa a fost cazul faimoasei teorii a degenerescenţei şi a teoriilor constituţionaliste urmate apoi de ceea ce pe bună dreptate Baruk numeşte — idolatria creierului. Această idolatrie a devenit notorie prin apariţia sistematicii kraepeliniene, sistematică bazată pe ideea leziunilor anatomice ale creierului sau cel puţin a altor organe, pe transpunerea modelului fizic, medical de boală şi în cadrul psihiatriei. Dar şi această epocă arată tot Baruk a fost depăşită printr-o reacţie în faţa idolatriei organicului, rezultatul fiind o nouă idolatrie, idolatria instinctului şi a dorinţelor individuale, concepţie inaugurată de S. Freud. Introducerea modelului fizic de boală în psihiatrie nu se va datora numai lui Kraepelin ci în mare parte şi lui Freud care îl va introduce în special în psihologie graţie formaţiei sale medicale şi organiciste. Autoritatea celor 2 autori va face ca pînă în deceniul al 7-lea al acestui secol nimeni să nu se mai îndoiască de validitatea şi utilitatea acestui model deşi toţi îl şi criticau. Freud afirma în acest sens că forţele care dirijează comportamentul trebuie să fie de ordin fizic şi biologic iar prin implantarea acestui model arată Purushotton „fiinţa psihologică era redusă la o fiinţă metafizică ale cărei fenomene erau identice cu cele investite pînă acum în cadrul medicinei tradiţionale“. Acest lucru a dus la regretabila analogie „fizic—psihic“ şi a concepţiei că un comportament normal sau patologic are „cauze interne“ implantate numai în organic.

Prestigiul acestor concepţii psihiatrice clasice a făcut ca din puţinul timp care marchează vîrsta psihiatriei ştiinţifice cea mai mare parte să fie afectată studiului factorilor biologici şi mai ales endogeni.

Orientarea hiperbiologizantă şi hiperpsihologizantă şi individualistă a celor două curente ale psihiatriei clasice va antrena astfel o nouă reacţie, reacţie care se desfăşoară în momentul de faţă sub forma psihiatriei sociale. Această psihiatrie se va baza pe dezvoltarea extraordinară a ştiinţelor sociale din epoca noastră şi aşa cum subliniază Baruk pe „admirabila filozofie privind societatea şi legile sociale inaugurată de Marx“. Întradevăr dacă o preocupare pentru factorii externi şi mai ales sociali o găsim ca o preocupare sporadică a psihiatrilor din toate epocile, o preocupare sistematică în acest domeniu şi am putea spune ştiinţifică apare de dată recentă şi ea constituie astăzi după părerea noastră o adevărată revoluţie înnoitoare în aria psihiatriei. Problema a luat o aşa de mare amploare încît unii şi-au pus chiar întrebarea dacă în actualele condiţii psihiatria nu ar fi în pericol de a se divide într-o „psihiatrie biologică“ şi o „psihiatrie socială“. Totuşi arată Helmchen o „psihiatrie biologică“ nu poate exista, psihiatria biologică fiind mai degrabă o dimensiune în cîmpul psihiatriei. Psihiatria nu poate exista fără această dimensiune dar ea nu poate exista într-o epocă dinamică ca aceia de astăzi nici fără dimensiunea sa psihologică şi socială.

În procesul istorico-social de formare a omului prăpastia dintre animal şi om spune Beniuc s-a adîncit fără ca baza biologică a omului să fi suferit schimbări semnificative. Efectiv arată autorul a lucrat munca şi viaţa socială iar această uriaşă moştenire nu este nici măcar transmisibilă biologic, aşa încît dacă ea ar dispare din memoria oamenilor şi din exterior procesul istoric ar trebui luat de la început. Această moştenire istorică o numim „cultură“ sau „civilizaţie“. Prin aceasta omul nu se exclude însă din sfera vieţii ci îi dă doar o nouă dimensiune, dimensiunea istorico-socială cu toate implicaţiile sale psihologice (Beniuc). În acelaşi sens Lévi-Strauss subliniază faptul că Freud a putut demonstra studiind isteria că nu există o deosebire esenţială între starea mintală normală şi patologică, că aici este vorba doar de o modificare în desfăşurarea operaţiunilor generale şi că prin urmare „bolnavul este fratele nostru“, că el se deosebeşte de noi doar printr-o „invenţie minoră prin natura ei, contingentă prin forma ei, arbitrară prin definiţia ei, element temporar al unei dezvoltări istorice care este în esenţă acela a oricărei existenţe individuale“. Era mai comod spune autorul să considerăm bolnavul mintal drept o specie rară, ciudată rezultat al acţiunii unor factori fizici sau chimici. Prezentînd pe un pictor inovator arată Lévi-Strauss sau pe un isteric drept anormal ne „putea oferi luxul a crede că nu avem nimic comun cu ei şi că prin aceasta nu punem în discuţie o ordine socială, morală sau intelectuală acceptată“. Pavlov, arată pe altă parte Beniuc, şi-a împărţit experienţele asupra comportamentului pe baza primului şi celui de-al II-lea sistem de semnalizare. Această clasificare arată autorul este justă dar rămîne numai în domeniul fiziologiei căci pentru psihologie aceasta nu este suficientă. În explicarea comportamentului trebuie pornit de la biologic dar acest lucru trebuie depășit căci subliniază autorul comportamentul social-istoric nu poate fi cercetat fără cunoașterea analoagă a comportamentului de la primele începuturi ale vieții a antecedentelor bio-psihice în multipla evoluție animală. În fond dacă luăm în considerație acest context tot ceea ce numim noi psihiatrie este de fapt psihiatrie socială și că accentuarea laturei sociale servește psihiatriei să-și ocupe locul ei de drept în societate ca una dinte marile cuceriri ale civilizației și prin aceasta dreptul de a se numi „socială".

Cu toate aceste progrese și transformări atitudinea sprijinitorilor actuali ai concepției clinico-nozologice nu s-a schimbat în principiu de la Kraepelin deși dacă ar trebui să vorbim doar de schizofrenie s-ar putea observa spune Laing că multe simptome variază de la spital la spital, depinzînd în mare parte de felul de îngrijire, de faptul că unii psihiatri văd mai degrabă unele simptome și alții altele. Fenomenul uman arată Șelaru nu mai poate fi explicat nici prin determinări endogene și nici prin achiziții individuale, genotipului și fenotipului adugîndu-i-se în prezent dimensiunea practicii sociale, ceea ce face ca omul să realizeze saltul din domeniul naturii în domeniul culturii. În acest sens arată Aordreoli boala mintală transcede organicul și devine o realitate istorică dar în același timp transcede și persoana și dezvoltarea sa psiho-afectivă explicînd-o de exemplu în termenii „tristeții interpersonale și sociale". Pentru om mediul înconjurător depășește semnificația unui mediu fizic, el constînd în primul rînd în relațiile sale interpersonale, influența mediului cultural, a sistemului de valori, influența factorilor sociali și economici de care depind structurile sociale în care bolnavul și familia sa trăiesc. Se știe că psihiatria clasică (atît kraepeliniană cît și freudiană) trec astăzi pritr-o criză importantă deoarece ambele au dat factorilor sociali o importanță scăzută. Clasicii afirmau în principiu că apariția și evoluția bolii este în întregime independentă de cultură, care poate cel mult să aibă o influență patoplastică (de a colora de exemplu conținutul unui delir sau halucinații) deși însăși Freud a fost nevoit a scoate în evidență în mod pregnant sexualitatea pentru a contrabalansa tabuurile sexuale rigide ale epocii sale. În fond așa cum vom vedea atît Kraepelin cît și Freud au intuit rolul factorilor culturali în cadrul bolilor psihice deși ideile lor nu au fost valorificate în această direcție de urmașii lor. Referindu-se la evoluția diagnosticelor psihiatrice pe o perioadă de 20 ani (1956—1976) Brânzei și colab. arată că dacă la începutul intervalului diagnosticele erau formulate după conceptele nozologiei clasice la sfîrșitul intervalului ele erau mult mai eliptice, îmbrăcau o formă sindromologică mai degrabă și aceasta pur și simplu datorită reflectării situației „de pe teren" a bolilor psihice actuale.

Psihiatria transculturală ca ramură a psihiatriei sociale tratează spre deosebire de psihitria clasică boala psihică în raporturile sale concrete cu mediul cultural, în limitele unei unități culturale date punînd în cadrul psihopatologiei problema relativismului cultural. Deși așa cum arătam mai sus ar părea ciudat Kraepelin poate fi considerat de fapt întemeietorul etnopsihiatriei, personal descriind în Iawa și Singapore forme psihotice asemănătoare PMD și Schizofreniei și care se numeau Amok și Latah. În 1904 el publică un articol intitulat „Psihiatria comparată" în care afirma că simptomele psihopatologice diferă de la popor la popor, subliniind adevărul evident că bolile psihice clasice se bazează pe studiul bolnavului psihic occidental (în special din sfera franco-germană). Freud însăși a căutat în etnologie aspecte care să-i fundamenteze propriile teorii. Aceste lucruri au făcut ca psihiatria socială să penetreze tot mai mult în gîndirea psihiatrică tradițională de așa manieră subliniază Ammar încît bolnavul psihic nu mai poate fi privit ca un individ izolat, afectat de perturbări intrapsihice pe baza eredității, constituției somatice sau biochimice ci e nevoie din contra de a cunoaște contextul cultural în care boala se dezvoltă, context care merge de la ambianța familiei la statutul social și cultural general. Psihiatriei transculturale îi revine pentru prima oară sarcina în cadrul psihiatriei să pună în mod dialectic problema considerării omului în realitatea sa istorică. Importanța factorilor culturali în cadrul bolilor psihice a apărut ca o observație importantă care a venit să zguduie stabilitatea psihiatriei clasice, însăși predispozițiile heredo-constituționale fiind evidențiate de nocivitatea factorilor socio-culturali și invers. Problema omului contemporan se deosebește astăzi esențial de aceea a omului din alte epoci. Lumea de astăzi arată Kreyche nu mai poate găsi răspunsuri la problemele ei în viziunea vechilor filozofi care dădeau răspunsuri la problemele lumii în care apăruseră și care nu au trăit niciodată crizele omului contemporan. Adeseori subliniază autorul, omul actual își găsește existența alienată, motiv pentru care și problemele psihiatriei sînt astăzi altele sau oricum deosebite. Este imposibil să susții că în fond totul se schimbă în decursul unui secol cu excepția psihiatriei. Omul după Marx este un produs al naturii și obiect al sociologiei generale. Toate studiile făcute în cîmpul psihiatriei de-a lungul deceniilor au tratat în mare parte reljațiile dintre natura, frecvența și evoluția bolilor psihice în limitele unei unități culturale date. În acest fel arată Ammar și Ledjiri psihiatria transculturală evoluiază spre cercetarea diferitelor manifestări psihopatologice în funcție de diferite culturi, cauza acestor diferențe pornind de la ipoteze formulate în cadrul mediului cultural occidental aceasta pentru a evidenția manifestări originale și specifice printr-o extrapolare sistematică și în profunzime a trecutului și prezentului cultural a diferitelor grupe interesate pentru a demonstra în concluzie diversitatea bolilor mintale (în ciuda acestor diferențe funciare). Aceasta presupune arată tot Ammar că psihiatria transculturală trebuie să cunoască cît mai exact fondul cultural, istoric, magic, mitic, lingvistic al grupelor în cauză și mai ales structura familială a colectivității interesate. S-au făcut astfel observații prvind apariția tulburărilor psihice în condiții culturale deosebite. Astfel complexul Oedip, considerat ca fenomen biologic universal s-a văzut că de fapt este produsul unei anumite structuri sociale din Europa și America el putînd fi prezent sau nu în alte culturi. Acelaşi lucru se poate spune şi despre criza adolescenţei care de asemenea nu este specifică tuturor culturilor. Cu cît o boală este predominant exogenă cu atît va fi mai mult colorată de factorii culturali generali sau particulari din societatea în care bolnavul trăieşte.

Exprimarea somatică a depresiei este mai comună în populaţiile neeuropene sau la populaţiile deprivate de educaţie. Experimentarea depresiei ca existenţială, intrapsihică este în mare parte produsul orientării psihologice a culturii moderne occidentale arată Kleinman, somatizarea şi psihologizarea fiind în fond 2 poli între care se manifestă fenomenul depresiv. Dacă boala depresivă arată autorul, o tulburare biochimică a neurotransmiţătorilor creierului este universală, starea depresivă ca experienţă personală şi socială a bolii depresive este cultural specifică. Felul în care pacientul simte şi comunică aceste schimbări de sentimente este un produs cultural iar calea prin care psihiatrii interpretează plîngerile pacientului arată Bebbinton este de asemenea culturală. Interesul psihiatriei transculturale arată numeroşi autori (Delay, Pichot, Ammar, Ledjiri, Marsella etc.) se manifestă astfel în mai multe direcţii :

În sensul „psihiatriei descriptive“, sensul în care psihiatria Europei Occidentale a descris bolnavul propriu culturii Occidentale, motiv pentru care psihiatria transculturală îmbogăţeşte descrierile clasice şi duce la o mai mare cunoaştere a patologiei mintale. Pe de altă parte aspectul etnopsihiatriei duce la posibilitatea revizuirii unor entităţi uzuale occidentale. Astfel ideile de culpabilitate care pentru psihiatria Europei Occidentale formează esenţa melancoliei nu sînt obligatorii în alte culturi (exemplu la musulmani şi chiar la bolnavii din ţara noastră) iar pierderea contactului afectiv privit ca simptom fundamental în schizofrenie (de însăşi Bleuler) lipseşte la alte popoare (ex. la hinduşi).

Psihiatria transculturală orientează mai bine psihiatrul care trebuie să practice în alt mediu geografic, evitînd confuziile de diagnostic.

Studiul frecvenţei diferitelor boli psihice în funcţie de cultură duce la o mai bună cunoaştere a factorilor patogeni, constituind un adevărat experiment natural care permite evaluarea factorilor etnici şi culturali care stau la baza bolilor psihice.

Psihiatria transculturală ne arată că bolile psihice sînt modelate pe credinţele şi obiceiurile popoarelor, iar pe de altă parte şi pe atitudinea societăţii faţă de bolnavul mintal.

Psihiatria transculturală aduce elemente care pun în discuţie sistemul nosografic parţial sau relativ şi mai ales în sfera Occidentală (în special spaţiul francogermn) unde această nozologie s-a elaborat.

Indoiala privind nozologia clasică nu este nouă dar psihiatria transculturală a repus-o acut în discuţie. În acest fel psihiatria transculturală implică faptul că perspectiva observatorului să se întindă de la cîmpul unei unităţi culturale asupra altor cîmpuri. De comun acord cu numeroşi autori obiectivele psihiatriei transculturale s-ar putea sistematiza astfel :

1. Studiul asemănărilor şi deosebirilor bolilor psihice în funcţie de diferite culturi ;
2. Identificarea factorilor culturali care predispun la boală mintală ;
3. Influenţa factorilor culturale asupra frecvenţei şi naturii bolilor mintale ;
4. Studiul diferitelor forme de tratament aplicat bolilor mintale în diferite cazuri ;
5. Compararea atitudinilor faţă de bolnavul mintal în diferite culturi.

Aceste fenomene repun în discuţie rolul psihogenezei şi organogenezei în diferite boli mintale, importanţa rădăcinilor sociale şi psihologice în bolile mintale. Poate subliniază Campailla nu ne vom putea elibera complet de semologia şi nosologia proprie culturii noastre dar va trebui să fim disponibili pentru o viziune mai universală a psihiatriei care consideră omul în realitatea sa istorică.

Fără dscuţie că apariţia şi dezvoltarea psihiatriei transculturale, a psihiatriei sociale din care aceasta face parte a constituit o criză, de fapt o nouă criză în evoluţia dialectică şi dinamică a psihiatriei. Dacă psihiatria clasică satisfăcea o societate aşa cum se prezenta ea la începutul secolului 20 mulţumindu-se să se mişte în cadrul modelului fizic de boală şi oferind societăţii spitale mamut şi tratamente somatice după modelul medicinii interne, revoluţia tehnico-ştiinţifică, explozia informaţională, modificările accelerate pe care societatea actuală le trăieşte a pus în faţa psihiatriei moderne exigenţe pe care vechea psihiatrie nu şi le putea nici imagina. Numărul enorm al îmbolnăvirilor psihice (1/10—1/5 din populaţie), apariţia unor mişcări patologice culturale deviante ca toxicomaniile sau alcoolismul, presiunea societăţii civilizate prin efectele ei negative asupra unui psihic a cărui evoluţie este orcum mai lentă, problema adolescenţilor, a bătrînilor a depăşit capacitatea de înţelegere a psihiatriei clasice ceea ce a determinat ca locul ei să fie luat treptat de psihiatria socială, o psihiatrie de masă, o psihiatrie capabilă a se adapta noilor exigenţe, capabilă de a lua parte alături de organizatorii sociali şi economici la marea ofensivă pentru prezervarea sănătăţii mintale. Acest lucru nu-l poate realiza decît o psihiatrie socială, o psihiatrie dirijată spre social, psihiatrie care nu neagă biologicul dar afirmă ceea ce clasicii marxismului au întrevăzut că deşi rădăcinile omului sînt naturale el rămîne obiect de studiu al sociologiei generale. Psihiatria trebuie să se înscrie cît mai urgent în această perspectivă renunţînd la nostalgia „clinicianului“ şi îndreptîndu-se spre îmbogăţirea acestei imagini prin aceea a „muncitorului social“. Iată de ce psihiatria transculturală este o negare în sens dialectic a psihiatriei clasice, şi astfel deschide în teritoriul acesteia o nouă criză devenind în acelaşi timp purtătoarea unei noi calităţi. Este de datoria noastră, a cercetătorilor marxişti să sesizăm în mişcarea enormă de curente şi idei din lumea contemporană noul veritabil, progresul şi noi sîntem convinşi că viitorul psihiatriei româneşti se află numai sub forma psihiatriei sociale. Dar pentru aceasta nu este neapărat nevoie să aşteptăm să se schimbe o generaţie.

The authors reveal that today psychiatry is a social one and in this meaning they underline the different hops the psychiatry has passed. In the authors opinion the nosologic as well as dynamic psychiatry are today overfulfilled just for their little interest in social impact of psychiatric diseases and on the other hand for their indulge in narrow frame of medical model of illness, unsuitable for psychiatry.

Transcultural psychiatry as a part of social psychiatry emphasizes the crisis of classical psychiatry by introduction of the cultural relativity. In transcultural point of view classical nosology is just a description of western psychiatric pacient (like in franco-german sphere) the reason for a deeply study of the similitudes and differences of psychiatric syndromes in different cultures. The authors underline that romanian psychiatry has to enter quickly in modernization way because the future of psychiatry is social psychiatry only, a psychiatr of the masses and the pschiatrists must be „social workers" up to help the social and economic organizers in the struggle for mental health of the people.

DESTINUL PSIHIATRIEI — ÎNTRE ANTIPSIHIATRIE ȘI EXPANSIONISM PSIHIATRIC

M .Deheleanu, Pompilia Deheleanu

— Timișoara

Din vasta problematică pe care o implică discutarea destinului psihiatriei, prezenta comunicare își propune să abordeze numai pe aceea legată de domeniul nozologic al acestei discipline medicale, considerat într-o perspectivă de viitor. Teoria psihopatologică — în viziune sintetică, istorică sau actuală — atestă faptul că domeniul nozologic al psihiatriei, aria sa fenomenologică și conceptuală de relevanță și competență, nu are o delimitare fermă și stabilă față de domeniile corelate ale medicinei somatice și al sănătății și normalității psihice. In acest sens, frontierele psihiatriei cu cele două domenii antropologice sus-amintite — unul de ordin medical, celălalt nu — au, pe de o parte, un caracter fluu imprecis, mai degrabă de zonă de tranziție, pe de altă parte, un caracter „mobil", în ambele sensuri posibile, în funcție de diverse orientări doctrinare psihopatologice. Acest ultim fapt are, în perspectiva extensiunii ariei domeniului fenomenologic și conceptual al psihiatriei, consecințe de ordin fie restrictiv (pînă la anulare), fie expansiv. Problema domeniului nozologic fiind, pentru psihiatrie ca și pentru oricare altă ramură a medicinei, una fundamentală, de importanță vitală pentru validarea și consolidarea ei fermă ca atare, este imperios necesar ca frontierele medicinei mentalului să capete, pe cît posibil, caractere de tipul pregnanței tranșante și al stabilității. Acest deziderat nu poate fi însă realizat atît timp cît nu există un concept clar constituit inechivoc, al patologiei mentale, considerată într-o perspectivă generală, sintetică și unitară. Menționăm că prin patologie mentală înțelegem, aici, genul proxim al tuturor entităților psihiatrice de tip evolutiv sau neevolutiv. Deci, aici, patologicul, în accepțiunea sa cea mai largă include și boala dar nu se rezumă numai la ea. Redăm în cele ce urmează, la modul critic, într-o sistematizare personală, principalele tendințe ale „mobilității" limitelor domeniului psihiatriei, în conformitate cu unele curente ale psihopatologiei teoretice contemporane.

I. *Tendințe de tip „expansionism" psihiatric.*

1. *Extinderea domeniului psihiatriei înspre domeniul sănătății și normalității mentale.*

Insuficiența delimitării conceptuale și o mult prea largă considerare a cadrelor nozologice generice ale „micii psihiatrii („marginale", „periferice) stau la baza tendinei unor psihiatri de a eticheta nologic, de a acorda un diagnostic psihiatric tuturor indivizilor care solicită — sau pentru care se solicită — asistență psihatrică.

Astfel : o reacție psihică normală (adică comprehensibilă, corespunzătoare parametrilor unui complex plurificatorial deterministic semnificativ) este considerată, nejustificat, drept o reacție psihopatologică ; o personalitate normală dar „accentuată" sau una normală dar după alte criterii decît cele psihopatologice este etichetată, impropriu, drept personalitate-psihiatric-normală (patologică, psihopatică) ; iar o suferință umană „normală:, firească într-un context existențial (situațional, evenimențial) dat, implicată în însăși condiția umană, este diagnosticată, eronat, drept nevroză. Se ajunge astfel la o „psihiatrizare" fără obiect a unui domeniu nemedical, pur psihologic, al antropologicului.

O mai riguroasă constituire și delimitare, în viitor, a conceptelor operaționale generice ale „micii psihiatrii" și a conceptului supraordonat de „patologie mentală" (în accepțiunea amintită mai sus) va reduce la minimum zona de tranziție și de marginalitate între „mica psihiatrie și normalitatea psihologică, va oferi criterii mai ferme pentru un diagnostic nozologic psihiatric mai exigent și mai „restrictiv", va permite gîndirii medicale psihiatrice să eticheteze, acolo unde este cazul, un pacient drept „normal psihic", „sănătos mental" (sub raportul personalității, a reacției psihice sau a suferinței subiective acuzate), va evita o indezirabilă extensiune a domeniului psihiatriei în detrimentul domeniului sănătății și normalității psihologice a ființei umane.

2. *Extinderea domeniului psihiatriei în spre domeniul medicinei somatice.*

Conceptul de *medicină psihosomatică* aparține psihiatriei. Ea revendică din domeniul medicinei somatice (de regulă de pe teritoriul medicinei interne) nu arii disciplinare, nu entități nozologice ale unor diverse specialități medicale, ci numai un anumit tip — etiologic — de formă clinică a unor cadre nozologice ale patologiei somatice, și anume cel definit prin o etiopatogenie considerată a fi de model pur — sau predominant — psihogenetic. Astfel de forme expresive a unor cadre de patologie somatică, cu o etiopatogenează relevînd un model psihopatologic, dar cu tot restul (morfo- şi fizio-patologie, tablou clinic, evoluţie, prognostic, tratamentul de fond al bolii constituite) indicînd un model somatopatologic, par a avea la bază un concept nozologic (în sensul unui concept nu monist ci dualist psihiatrico-medical (somatic). De fapt este vorba de un concept medical nu nozologic ci taxonomic, adică situat într-un plan de discuţie sub rangul entităţilor nozologice, şi anume la nivelul unde întîlnim formele clinice ale acestor entităţi nozologice. Aceste forme clinice psihosomatice pot fi înţelese monist numai în cadrul şi în perspectiva entităţilor nozologice de patologie somatică din care fac parte.

Cu toate că numai psihiatria şi-a constituit un capitol aparte referitor la patologia psihosomatică, acest capitol nu poate aparţine domeniului propriuzis, nozologic, al psihiatriei, deoarece aceasta din urmă, în calitate de disciplină medicală independentă, nu poate conţine, prin definiţie, decît entităţi nozologice primitiv — şi exclusiv — psihiatrice, or o formă clinică a unei entităţi nozologice de model indubitabil somatic (pentru motivul că are un substrat nozologic comun întotdeauna de ordin morfologic, lezional, în vreme ce etiopatogenia sa este diversă şi numai uneori de model psihogenetic) nu poate fi „avansată" la rangul de entitate numai pentru faptul că este abordată într-un plan de discuţie psihiatric.

Aspectele clinice ale patologiei numită „psihosomatică" aparţin deci nu domeniului propriuzis al psihiatriei ci doar unei problematici psihiatrice auxiliare, cu alte cuvinte constituie, în ansamblul lor, o problematică secundară psihiatrică (cu boala de bază în cadrul medicinei somatice), cel puţin din momentul în care fondul de patologie somatică lezională este deja constituit şi consolidat. Doar înainte de acest stadiu (deci referitor la problemele de prevenţie primară şi secundară : profilaxie, respectiv, tratament etiotrop psihoterapic în faza de debut, anterioară somatizării) formele clinice considerate ca aparţinînd medicinii psihosomatice sînt de competenţă exclusivă — sau în principal — psihiatrică. Ulterior, psihiatrul devine doar un coterapeut, cu rol important, dar totuşi de rang secund.

Precizarea conceptului psihiatric de medicină psihosomatică va evita extensiunea nejustificată a psihiatriei în domeniul medicinii somatice, în teritorii nozologice bine conturate ale acesteia din urmă.

Sindromul psiho-organic cerebral acut şi cronic reprezintă, în perspectivă psihiatrică, aşa cum însăşi formula sa terminologică o afirmă, nu o entitate nozologică ci doar un sindrom care aparţine unei boli de bază (cadru nozologic unitar) de ordin — primitiv sau secundar, — neurologic. Doar episodic şi doar în planul practicii medicale, din cauza unor aspecte de simptomatologie mai greu de stăpînit, neurologii şi interniştii încearcă să plaseze aceste cazuri în domeniul de competenţă exclusivă — sau primordială — al psihiatriei, atitudine pe care psihiatrii nu o pot accepta deoarece nu este vorba de o boală nouă, propriuzisă psihiatrică, apărută intercurent în timpul evoluţiei unei boli somatice ci de o eventualitate evolutivă, cu caracter accesoriu şi uneori şi tranzitor, fără semnificaţie diagnostică majoră în perspectiva bolii de bază, de natură somatică. Psihiatrul poate interveni în calitate de coterapeut dar sindromul psihoorganic cerebral se plasează în sfera problematicii patologiei somatice, primitiv neurologice sau internistice ; el reprezintă, împreună cu patologia psihosomatică susmenţionată, doar o problemă secundar psihiatrică.

În această perspectivă apare drept evidentă inadecvarea termenilor de „psihoză acută", „psihoză exogenă", „psihoză organică", „psihoză simptomatică", utilizaţi în cazul prezenţei, de fapt, doar a unui sindrom psihoorganic cerebral cronic. Termenul de „psihoză", ca atare, designează un cadru nozologic psihiatric generic, o formă general — nespecificată — de manifestare a bolii mintale, un gen proxim taxonomic pentru entităţile nozologice psihiatrice denumite „psihoze endogene" (sau „funcţionale") în ansamblul lor şi a căror formă de particularizare specifică implică utilizarea unor termeni tehnici psihiatrici conţinuţi în nomenclatorul de specialitate. Orice tablou clinic de expresivitate şi natură psihotică şi care nu se încadrează în sfera formelor nozologice ale psihozelor endogene nu poate avea decît o patogeneză somatogenetică şi deci nu poate aparţine decît numai domeniului sindromului psihoorganic cerebral acut sau cronic, domeniu, am văzut, sindromatic şi nu nozologic psihiatric, altfel spus, domeniu de apartenenţă nozologică non psihiatrică, de regulă, neurologică.

II. *Tendinţe vizînd diminuarea sau anularea domeniului nozologic al psihiatriei.*

1). *În raport cu domeniul sănătăţii şi normalităţii mintale.*

Reducerea domeniului psihiatriei proprizise *numai la domeniul psihiatriei „nucleare"* (a „marii psihiatrii" a psihozelor endogene) prin excluderea din sfera psihiatriei a „micii psihiatrii" („periferice", „marginale") şi plasarea problematicii acesteia pe teritoriul normalităţii psihologice, a variantei „normale" a fenomenului psiho-antropologic. În acest caz diminuarea ariei de competenţă a psihiatriei se face în „beneficiul" ariei psihologiei generale sau medicale. Cu alte cuvinte, absolut toate tipurile de structură a personalităţii sau de reacţie psihologică, întreaga suferinţă subiectivă trăită în planul de expresivitate al vieţii psihice interioare conştiente, ar fi, în conformitate cu această orientare teoretică, doar nişte aspecte ale variantei fenomenului uman în planul său psihologic de manifestare şi între limitele unui regim normal de funcţionalitate. În acest sens, formele de suferinţă subiectivă sau de expresivitate obiectivă a psihismului (manifestate într-un plan auto—, somato— sau allo-plastic) care, clasic, aparţin domeniului aşa numitei „mici psihiatrii", nu ar mai constitui o problematică propriuzis psihiatrică— şi, deci, nici una medicală —, nu ar mai implica şi necesita elaborarea unui diagnostic şi a unui plan de asistenţă medicală, psihiatric. Ar putea constitui fie o problemă personală a individului în cauză, fie, cel mult, subiect de consult — şi eventual „sfat" — psihologic.

O astfel de atitudine teoretică ar anula de fapt întreaga psihopatologie cu determinism psiho — şi socio — genetic şi ar reduce domeniul psihiatriei exclusiv la patologia determinată endogenetic. În psihiatrie, însă, termenul de „endogen“ are sensul sugerat în medicina somatică de termenul de „esențial“, și anume cel de „încă necunoscut“, cu deosebirea că în domeniul psihopatologiei sînt posibile doar două mari eventualități patogenetice : fie socio-psihogeneza, fie biosomatogeneza. Demonstrarea în viitor a unei sociogeneze exclusive a psihozelor endogene ar pune în discuție însăși apartenența acestora din urmă la domeniul propriuzis al psihiatriei — și deci și al medicinei în general — în conformitate cu poziția teoretică amintită mai sus și cu cea care va fi consemnată mai jos în cadrul paragrafului referitor la doctrina antipsihiatriei. Demonstrarea în viitor a unei somatogeneze exclusive a psihozelor endogene ar implica evidențierea unui substrat morfologic lezional cerebral (la nivel histologic, citologic, biochimic, etc) al acestora din urmă și, deci, transferul acestei problematici medicale — somatice — în sfera de competență a neurologiei (cel puțin ca un capitol auxiliar dar nu mai puțin apartenent domeniului „propriu“ al acestei discipline medicale). Rezultă, paradoxal, faptul că numai psihogeneza (specifică „micii psihiatrii“) și numai menținerea „micii psihiatrii“ în cadrul domeniului „propriu“ al psihiatriei, poate, în viitor, garanta „marii psihiatrii“ menținerea într-un domeniu nozologic aparte (al psihiatriei), distinct-specific — de cel al neurologiei. Psihogeneza este unicul mecanism patogenetic de strictă specificitate pentru domeniul nozologic al psihiatriei. N-ar fi exclus ca doar factorul genetic ereditar să fie acela care să determine decisiv direcționarea unei psihopatogeze în spre domeniul „marii“ sau „micii“ psihiatrii. Dacă se va demonsta rolul factorului socio-psihogenetic în determinismul psihozelor endogene, a căror caracter de „boală“ este mai mult decît evident, se vor invalida, ipso facto, și argumentele prin care se contestă „micii psihiatrii“, de natură psihogenetică prin excelență, apartenența la domeniul propriuzis al psihiatriei, cu atît mai mult cu cît domeniul psihiatriei „mici“ („periferice“, „marginale“) conține și entități a căror anormalitate psihologică, al căror caracter psihopatologic, ni se pare, de asemenea, în afara oricărei discuții posibile : personalitatea psihopată „malignă“ („monstrul moral“), reacția psihotică (bufeul delirant-halucinator), nevroza obsesivo-fobică gravă în varianta anakastă, patologica, histerică, pseudopsihotică, etc. O scală a variantei „naturale“ a fenomenului psiho-antropologic va avea întotdeauna spre unul din capetele sale un „sector“ al anormalității de semnificație psihopotologică.

Anularea întregului domeniu nozologic al psihiatriei ca problemă medicală, cu argumente aparținînd doctrinei *„antipsihiatriei“*. Antipsiatria contestă realitatea medicală a întregii psihiatrii, atît a celei „periferice“ cît și a celei „nucleare“, construind un sistem de argumentație care se bazează pe absolutizarea unor concepte operaționale psihiatrice care au, de fapt, doar o valoare relativă, și un caracter corelativ. Pentru antipsihiatrie întreg conținutul psihiatriei clasice are un deteminism pur reactiv și exclusiv sociogenetic. Toate reacțiile psihismului, întrucît implică o reactivitate psihologică preexistentă și „constituțional“ implicată, sînt, din acest motiv, normale ; deci, fenomenul psihopatologic ca atare nu există pentru că nu poate exista. Dacă tot ceea ce, clasic, se numește patologie mentală este determinată exclusiv sociogenetic (deci socio-cultural și istoric), atunci ceea ce se numește boală mentală, ca fenomen antropologic, are un caracter „istoric“ și nu unul „natural“ (cu sensul de determinism independent de ființa umană, exterior acesteia din urmă), așa cum este cazul bolii somatice. Prin urmare numai boala somatică, în calitate de boală „naturală“, poate constitui obiectul unui demers propriuzis medical. „Boala“ mentală este deci doar un produs social-istoric. Mai mult decît atît ea este, chiar și în cazul particular al psihozei, doar o modalitate, „normală“ de apărare a individului uman în fața agresiunii unei societăți abuziv coercitive și, în acest sens, alienante. Antipsihiatria plasează atît „marea psihiatrie“ (psihozele) cît și „mica psihiatrie“ (inclusiv nevrozele“) în domeniul sănătății și normalității psihologice a ființei umane, anulînd întreg domeniul de competență al psihiatriei ca disciplină medicală, negînd însăși caracterul medical al problematicii psihiatriei în accepțiunea clasică a acesteia din urmă. Deși elaborat pe terenul însăși al psihiatriei de către medici psihiatrii sistemul teoretic al antipsihiatriei este invalidat de falsele premize ce stau la baza întregului edificiu conceptual.

2). *În raport cu domeniul medicinii somatice.*

Reducerea domeniului psihiatriei exclusiv la *domeniul „micii psihiatrii“* psihogenetice, prin transferul „marii psihiatrii“ (a psihozelor endogene) din sfera de competență a psihiatriei în cea a neurologiei, din motivul postulării unui determinism exclusiv somatogen pentru psihoze în general, fapt care implică afirmarea unui substrat nozologic de ordin morfologic lezional cerebral (deci de „tip“ neurologic) pentru bolile psihice cu expresivitate de model psihosomatic. În acest caz, substratul „morfologic“ decelat la nivelul encefalului va constitui aspectul de patologie primară, „boala de bază“ în raport cu care tabloul psihopatologic psihotic va dobîndi un statut nozologic de rang secund, sindromatic, încadrabil ca o formă aparte de sindrom psiho-organic cerebral cronic. Psihoza endogenă va deveni „exogenă“ (în perspectiva psihismului), problematica sa psihopatologică aferentă va deveni una secundară psihiatrică deoarece nu se mai referă la o entitate primitiv psihiatrică ci la un sindrom psihopatologic din cadrul unei entități primitive de natură neurologică. Cu alte cuvinte, o atare problematică medicală nu va mai aparține în primul rînd de domeniul psihiatriei ci de cel al medicinei somatice (în sfera neurologiei), sfera de competență propriuzisă a medicinei mentalului reducîndu-se doar la problematica „micii psihiatrii“ psihogenetic determinată. Deoarece ipoteza somatogenezei psihozelor endogene nu este în momentul de față demonstrată și nici caracterul ei de postulat în mod unanim acceptat, discuția de mai sus comportă doar un interes teoretic cu caracter „academic“. Sub raport clinic pare însă evident că o psihoză endogenă, „incomprehensibilă“, ilustrează mai bine, mai frapant, domeniul psihiatriei propriuzise decît o poate face o nevroză, „comprehensibilă“ în măsura în care este exprimată de evenimente ale vieții psihice care, la o altă scară, mai discretă, aparțin și domeniului normalității psihologice.

This paper pleads for the necessity of a clearer defining of some basic psychiatric concepts (e. g. : mental pathology, mental disease, psychopathological reaction, personality disorders, etc).

The aim of this redefining is to help us towads a better distinction between the area of psychiatry and the corelate areas of somatic pathology and of mental health.

In our paper we analyse the main occurences implying an exaggerate growth or diminuation of the field of psychiatry as compared with the above mentioned fields. These occurences are the following : 1) the assimilation of mental health (in some of its aspects, of psychosomatic medecine and of organic brain (syndromes within the specific field of psychiatry ; 2) the diminution of the specific field of psychiatry in the cases of the transfer of „peripheral“ psychiatry into the field of medical psychology and in that of the transfer of „nuclear“ psychiatry äendogenous psychosese) into an auxiliary domain of neurology ; 3) the abolition of specific field of psichiatry in the case of the „antipsychiatry“.

PARTICULARITAŢI DE REACTIVITATE AFECTIVĂ LA ADOLESCENŢI, TINERI, ADULŢI ŞI VÎRSTNICI

M. Şelaru, P. Boişteanu, M. Seserman, Dorina Bucur-Şelaru
— Iaşi

In etapa actuală de dezvoltare rapidă social-economică şi cultural-educativă un rol important îl ocupă cunoaşterea echilibrului ideo-afectiv al personalităţii, acesta constituind totodată şi unul din indicii stării de sănătate. Necunoaşterea sau neglijarea acestui echilibru, mai ales în cazul unor persoane tinere sau a unor persoane supuse unor transformări semnificative pe plan psiho-somatic, poate duce la atitudini medico-sociale care să nu fie în concordanţă cu criteriile de apărare şi promovare a sănătăţii mintale.

Sub aspectul reactivităţii afective putem vorbi de o variabilitate subiectivă, funcţie de vîrstă şi respectiv de starea iniţială funcţională a sistemului psihic al personalităţii.

Încercînd să surprindem particularităţile reactivităţii afective funcţie de vîrstă, vom prezenta cîteva rezultate obţinute prin aplicarea chestionarului WM. Rezultatele obţinute au fost corelate cu datele obţinute la chestionarele Cattell — şi Eysenck. Chestionarul WM pune în evidenţă tendinţele psiho-afective accentuate sau patologice ceea ce permite corelativ relevarea riscului de eşec adaptativ socio-profesional sau instructiv-educativ.

Tendinţele psihice relevate de chestionarul WM se grupează în 8 clase după cum urmează : I — emotivitate ; II — obsesii psihastenie ; III — tendinţe schizoide ; IV — tendinţe paranoide ; V — depresie-hipocondrie ; VI — tendinţe impulsive-epileptiforme ; VII — instabilitate ; VIII — tendinţe antisociale.

Proba a fost administrată pe un număr de 300 subiecţi adolescenţi şi 302 tineri şi adulţi. Diferenţele obţinute reflectă dinamica psiho-afectivă pe parcursul evoluţiei individuale.

Analiza rezultatelor chestionarului s-a făcut în funcţie de punctajul obţinut care se strctureazǎ în 5 clase după cum urmează : prima clasă include subiecţii ce prezintă tendinţe normale, a doua clasă cuprinde pe cei cu vagi şi uşoare tendinţe normale, a doua clasă cuprinde pe cei cu vagi şi uşoare tendinţe, a treia este zona limită între tendinţele normale şi cele psihopatologice, a patra cuprinde tendinţele puternic accentuate, subiecţii din cadrul acestei clase tinzînd spre patologic, iar a cincea include tedinţele patologice.

Pentru subiecţii ultimei clase se pare că este necesar o asistenţă diferenţiată psiho-socială.

Subiecţii care reclamă o atenţie deosebită şi asupra cărora ne vom opri sînt cei din a patra clasă, prezentînd cazurile ce sînt predispuse spre fenomenele de eşec adaptativ.

Încărcătura psiho-afectivă de nuanţă patologică atestă o tensionare a personalităţii care poate căpăta expresie psihopatologică prin perturbarea reactivităţii comportamentale, în funcţie de nivelul de integrare şi de interrelaţiile capacităţilor ideo-afective ale sistemului psihic.

Un aspect semnificativ este cel constituit de subiecţii din clasa cu predispoziţii patologice la mai multe tendinţe, care perturbă personalitatea pe mai multe planuri.

Astfel, întîlnim subiecţi hiperemotivi cu accentuate note obsesivo-fobice, tendinţe schizoide, idei paranoiace la nivelul inferior afişat numai pe plan mintal exteriorizîndu-se doar accidental etc.

Rezultatele obţinute degajă concluzia că există o strînsă intedependenţă între cele 8 tendinţe. Nu am considerat ca structuri psihopatologice subiecţii a căror rezultate tind spre maxim în cadrul unei singure tendinţe. Mult mai semnificativă se relevă analiza punctajului general care pune în evidenţă încărcătura psiho-afectivă maximă a subiecţilor. Punctajul maxim l-am structurat, de asemenea, în 4 clase după cum urmează : în prima se circumscrie sfera normalului, în a doua zona incertului sau problematicului, a treia reprezintă gruparea structurilor psiho-afective ce tind spre patologic, iar ultima grupare cuprinde aria patologicului. Atenţia noastră s-a îndreptat spre corelarea rezultatelor din a doua grupare a punctajului total cu cele din clasa IV şi V a rezultatelor pe tendinţe şi mai ales a raportului dintre clasa a IV-a şi a III-a a rezultatului final. Asupra acestor raporturi s-a orientat cu predilecţie atenţia noastră iar rezultatele pe care le-am obţinut se structurează astfel pentru adolescenţi : I — emotivitate 42 % ; II — obsesii-psihastenie 3 % ; III — tendinţe schizoide 18 % ; IV — tendinţe paranoice 4 % ; V — depresii-hipocondrie 3 % ; VI — impulsivitate 7 % ;

VII — instabilitate 31 %; VIII — tendinţe antisociale 5 %.

Funcţie de punctajul final situaţia se prezintă astfel, în ce priveşte repartiţia pe clase: I — 41 %; II — 22 %; III — 12 %; IV — 3,9 %; V — 21 %.

Semnificative sînt rezultatele analizei comparative a cinci grupări de vîrstă: adolescenţi 14—16 ani; tineri 20—25 ani; adulţi 36—40 ani şi vîrstnici 51—55 ani şi peste 55 ani pe care le prezentăm mai jos.

Tabelul nr. 1

Rezultatele pe tendinţe (%)

Clasa	Grupele de vîrstă (ani)				
	14—16	20—25	36—40	51—55	55+
I	42	46	60	42	44
II	3	5	4	10	11
III	18	23	21	27	22
IV	4	6	3	13	13
V	3	5	4	4	7
VI	7	9	6	3	1
VII	21	27	23	3	1
VIII	2	7	ţ	8	10

Se constată o modificare sensibilă funcţie de vîrstă care se accentuează treptat. Remarcăm echilibrul pe care-l implică tinereţea şi oscilaţiile tipice adolescenţei şi momentelor vîrstei presenescenţei.

Personalitatea relevă o dinamică în continuă evoluţie şi transformare în strînsă dependenţă de mediul social şi de dezvoltarea la care este supus organismul în întregime.

Tabelul nr. 2

Rezultatele după punctajul total (%)

Clasa	Grupele de vîrstă (ani)				
	14—16	20—25	26—40	51—55	55+
I	71	73	61	30	20
II	14	9	4	17	22
III	11	13	26	38	41
IV	4	5	9	15	17

Personalitatea este produsul calitativ superior, elaborat în cursul evoluţiei social-istorice a individului, ca o consecinţă a interacţiunilor sale cu mediul înconjurător socio-cultural; ea reprezintă asimilarea de către individ a experienţei socio-culturale a acestui mediu.

Incărcătura psiho-afectivă a personalităţii indivizilor se reflectă în rezultatele investigaţiilor psiho-sociologice, diferenţiindu-se printr-o serie de aspecte cu caracter motivaţional, structural, temperamental etc. Ea variază semnificativ în funcţie de vîrsta subiectului, relevînd, în afara aspectelor psihologice specifice fiecărei etape de evoluţie a individului, cazurile predispuse către latura patologică, aspecte care, cunoscute din timp, înlesnesc intervenţia cu succes a factorilor socio-terapeutici.

Tabelul nr. 3

Clasa	Grupa de vîrstă									
	Adolescenţi	18—20	21—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46—50	51—55	peste 55 ani
I	42	44	36	38	37	40	41	41	42	44
II	3	4	5	7	6	4	6	8	10	11
III	18	21	23	22	21	21	24	27	27	22
IV	4	6	8	3	4	3	3	4	3	3
V	3	4	5	7	7	4	5	10	4	7
VI	7	4	9	8	7	6	5	4	3	2
VII	21	15	7	8	15	23	14	3	3	1
VIII	2	2	7	7	3	3	2	3	8	10
Punctaj global										
62	61	50	48	30	20	I	71	74	73	68
7	4	11	7	17	22	II	14	10	9	7
23	26	28	32	38	41	III	11	13	13	19
7	9	11	13	15	17	IV	4	4	5	6

CU PRIVIRE LA NOŢIUNILE CLINICE DE REACŢIE, DEZVOLTARE ŞI PROCES

M. Şelaru, M. Baltaru
— *Iaşi*

Atunci cînd se discută problema normalului şi a devierilor sale calitative, pînă la a atinge dimensiunea valorică de anormal, sînt implicate, în ansamblu ca şi în detaliu, o diversitate de criterii, noţiuni şi concepte care vin din cele mai diverse domenii (biologice, psihologice) de manifestări umane generale dar exprimate şi trăite în mod particular. Tocmai în acest domeniu al relaţiilor dialectice dintre particular şi general în cadrul personalităţii noi nu posedăm criterii obiective stricte despre normal şi anormal, cît mai ales se formulează concepţii generale sau particulare care supraestimează una sau alta din trăsăturile personalităţii : fie pe cele sociale, fie pe cele psihologice în combinaţiile cele mai diverse şi contradictorii în raport cu un model sau cu prototipul conceptual al unuia sau altuia dintre cercetătorii care abordează manifestările personalităţii pe dimensiunile diferite calitativ de la anormal la anormal, de la abatere la aberaţie, de la aberaţio mentis la alienaţia mentis şi în care se intrică în modul cel mai diferit expresiile de relaţie cauzală somatică, psihică sau socială. Dar în realitatea clinică asamblul realizării şi echilibrării acestor factori şi tendinţe într-un tot unitar depinde nu numai echilibrul şi structura fiecărei părţi în parte ci îndeosebi de forţa structurării armonioase a sistemului psihic al personalităţii şi de totalitatea manifestărilor sale dinamice de asimilare şi acomodare adaptativă la exigenţele vieţii pe scara evolutivă a existenţei umane.

În acest ansamblu sistematic ierarhizat şi structurat dinamic, cauzalitatea manifestărilor nu îmbracă numai determinismul de tip biologic cu care medicul este obişnuit să opereze în delimitările dintre normal şi anormal. Or, în acest domeniu adresîndu-ne personalităţii, fie că dorim sau nu, trebuie să adoptăm un punct de vedere filozofic. Şi pentru că abordăm normalitatea din punct de vedere psiho-social nu putem eluda problemele axiologiei în care caz este necesar să luăm în considerare scopul şi semnificaţia valorică a unuia sau altuia din expresiile comportamentale ale proceselor psihice sau manifestările calitative ale acestora în cadrul personalităţii. Pe scala enormă de la real la ideal distanţa este acoperită de om cu luminile şi umbrele sale inerente în dinamica şi echilibrul lor normal, în raport cu normativitatea socială care permite o anumită oscilaţie între ceea ce fiecare consideră, sub raportul conştiinţei, ca mod normal de integrare în raport cu imperativele impuse de societate. Raportîndu-ne din punct de vedere psihopatologic la normalitate sau anormalitate, operînd cu criteriul valorilor nu vom admite totuşi că este anormal geniul pentru că depăşeşte statistic normalul şi nici nu vom spune că ceea ce este sub media statistică este anormal.

De aici considerăm că putem afirma că persoanele care au unele trăsături mai accentuate nu aparţin neapărat anormalului, după cum, de asemenea, nu vom considera că persoanele cu trăsături accentuate ar face obligatoriu tranziţia dintre sănătate şi boală ci vom admite că mai curînd sînt modalităţi, specii de existenţă şi expresie a existenţei umane pe scala normalităţii după cum anumite situaţii constelative bio-psiho-sociale apar ca fenomene inteferenţiale între sănătate, normalitate şi boală sau ca procese destructive, dezorganizante, care înstrăinează pe om în ansamblul personalităţii şi a relaţiilor sale, perturbînd esenţial conştiinţa de sine ca fenomen şi proces de integrare în ansamblul normativităţii sociale, în folosul său şi al societăţii.

Psihiatrul, abordînd fenomenele psihice pentru a evidenţia aberaţio sau alienatio mentis are în faţa sa un univers a cărui determinare, sub aspectele sale de normalitate variabilă în limitele integrităţii ce se realizează într-un permanent echilibru între ceea ce este natură şi ceea ce este cultură în cadrul unei societăţi date şi de aceea fenomenul mintal nu poate fi studiat nici numai dinspre domeniile de manifestare ale naturii şi nici numai dintre cele de manifestare ale culturii societăţii, ci în unitatea lor dialectic contradictorie pe unitatea concretă dar dinamică a personalităţii, în raport cu grupul social care-l include şi-l determină.

Cert este însă că atunci cînd ne aflăm în faţa unui caz clinic, ca psihiatri ne întrebăm, în prezenţa unor manifestări anormale sau patologice ale personalităţii, dacă ceea ce observăm şi etichetăm ca anormal este rezultatul unei reacţii sau dezvoltări aberante din punct de vedere psiho-social sau sîntem, dimpotrivă, în prezenţa unui proces, a unei suferinţe ale cărei cauze eventual nu le cunoaştem încă. Deşi admitem că nu există perturbare psihică oricît de puţin intensă sau semnificativă ar fi ea, care să nu se dezvolte în prezenţa unui substrat morfo-funcţional deficitar, trebuie să recunoaştem totuşi din punct de vedere etiologic, cel puţin pentru motive didactic-metodologice, prezenţa unui factor cauzal predominant endogen, predominant exogen sau asocierea lor predominantă endo-exogenă (P Brânzei). Pe altă parte, atunci cînd consiedrăm fenomenul psihopatologic ca dezvoltare anormală alternativa factorilor, psiho-sociali în acest determinism apare eventual pe primul plan, fie că se asociază sau nu cu cei de natură organică determinantă sau favorizantă, după cum cînd fenomenul psihopatologic este rezultatul unui proces, atunci determinarea etiologică predominantă este cea endogenă, exogenă (fizică, chimică, biologică) sau exo-endogenă şi în care, desigur, că factorul de natură psiho-socială relaţional-cauzal nu trebuie de loc neglijat deşi nu ne apare ca predominant.

Corelaţiile dezvoltare-proces au o particulară importanţă pentru a stabili cauza, atitudinea terapeutică şi a încerca profilarea, mai mult sau mai puţin corectă, a unui prognostic.

Dar trebuie să subliniem un fapt contradictoriu cu privire la cei doi termeni utilizaţi mai sus de dezvoltare şi de proces, în sensul că dezvoltarea este un fenomen procesual, iar procesul ca atare el însuşi presupune o dezvoltare. Aşa cum subliniază Kurt Kolle „dezvoltarea înseamnă curba ascendentă apoi descendentă de la copilărie la maturitate şi apoi la bătrîneţe. Deci fenomenul dezvoltării se suprapune, de bine de rău, fenomenului vital, al vieţii în genere. Dar cît de greu este să spui dacă criza din pubertate, sau caricatura senilă, mai sînt ele dezvoltări şi nu cumva procese".

Cu atît mai mult, dezvoltarea şi procesul sînt mai dificile de subliniat şi de diferenţiat atunci cînd sîntem în prezenţa unui echilibru fragil somatic ce se manifestă latent în copilărie şi se evidenţiază cu atît mai pregnant pe parcursul dezvoltării ontogenetice ca proces, cu cît condiţiile psiho-sociale sînt mai evident precare. În asemenea situaţii, ceea ce apare pe prim plan este dezvoltarea anormală, însă ca fapt determinant este în realitate procesualitatea organică ulterior evidentă. Acest aspect de realitate clinică este uneori atît de surprinzător în evoluţia unui caz clinic şi din nefericire atît de frecvent, încît psihiatrii sînt puşi în situaţia de a manifesta suficient de multe rezerve, spre beneficiul bolnavului, cu privirela una sau alta dintre cele două formulări și aceasta pentru că natura își exprimă cu subtilitate pe un registru restrîns și nespecific defectele în planul și sub marca manifestărilor psihice. Mai mult decît atît, în prezența unor suferințe manifeste cerebrale uneori chiar în condiții negative de mediu, personalitatea recunoaște o dezvoltare satisfăcătoare, uneori chiar excepțională, ceea ce contrazice orice absolutizare într-un sens sau în altul a relațiilor dintre determinarea negativă organică și reflectarea calitativă în planul sistemului psihic.

Pe de altă parte, dezvoltarea poate, de asemenea, ca și procesul, să nu ducă neapărat la instalarea unei anormalități, a unei veritabile aberatio mentis, ci, în anumite condiții, și după opinia noastră, în cele mai frecvente cazuri, permite fie accentuarea unor trăsături ale personalității, fie o dizarmonie a acesteia, fără ca prin aceasta totuși personalitatea respectivă să se manifeste cronic și ca totalitate printr-un comportament evident aberant și îndeosebi de tip psihopatiform.

Concepînd psihicul ca un sistem, nu putem să nu recunoaștem organizarea sa plurinivelară și pluridimensională, dar în același timp și diferențierile calitative a acestor structuri subordonate, în ultimă instanță, conștiinței care asigură armonizarea complexității părților, a integrității și integrării lor într-o organizare ierarhică ce reglează, în raport cu necesitățile externe și de autoreglare internă, în mod stabil prin stări și procese ce se desfășoară pe baza principiilor de semnalizare și reflectare (de la cea elementară la cea superioară simbolică), interacționează cu ajutorul și prin intermediul unor operatori specifici de comparare, clasificare, seriere spațio-temporală, analiză și sinteză, acești operatori acționînd pe baza unor criterii semantice și pragmatice senzitiv-senzoriale și ideo-afective superioare. În acest sistem ierarhizat și complex ca un univers cu numeroase galaxii se îmbină ceea ce este elementar în reactivitatea umană, de la modificările enzimatice, humorale, endocrine, vegetative, instinctive, emoționale, afective și pînă la procesele cognitive și de conștiință, fenomene care sînt expresia întrepătrunderii dintre ceea ce este moștenit și ceea ce este dobîndit în raport cu microsistemele (naturale și psihosociale) care alcătuiesc mediul său de formare și informare, dar și din care fac parte, — și prin efectuează schimbările de structură și conținut.

Subsistemele psihicului uman infra- și suprastructurale se endodetermină în mod relativ prin capacitățile sale de autoechilibrare asimilator acomodativă care vizează nu numai modelarea și transformarea condițiilor socio-culturale în care autodeterminarea activismului subiectului nu ține numai de calitatea modelator-formativă a mediului, ci și de calitățile inițiale ale activității psihice umane elementare pe care o are fiecare individualitate ca expresie sintetică a moștenirii sale filogenetice. Din îmbinarea acestor elemente dobîndite și moștenite, din unificarea zestrei ereditare cu cea de natură socio-culturală va rezulta personalitatea ca un macrosistem, ca un macrooperator dinamic între ceea ce constituie sistemul psihic uman și condițiile de mediu exterior, comportamentul fiind în fond rezultanta integrală și integratorie a unor interpretări și anticipări plurinivelare și plurisemnificative ce se realizează în raport cu lumea și cu sine însuși în cursul unei procesualități creatoare, contradictorii și totuși unitare prin intermediul fenomenului conștiinței de sine care armonizează relațiile dintre personalitate și mediu, dintre conștiința individuală și cea socială.

Înțelegînd sistemul psihic uman în genetica sa, ca rezultat al interiorizării acțiunilor în planul evoluției social-istorice sub aspectul speciei și al ontogenezei individului, atunci vom înțelege în același timp însăși conștiința ca un sistem de structurări în care vom întîlni în grade diferite exprimări ale arhi- și paleogenezei psihismului elementar (impulsuri, instincte, emoții, afecte, senzații, percepții) ca și cele ale noogenezei ideo- afective (percepție, reprezentare, gîndire, sentimente, pasiuni etc.), elemente care alcătuiesc un tot dinamic, unitar, complex și cu grade diferite de autoreglare și exprimare în procesul de interiorizare a acțiunilor ce se exprimă și se modelează prin activitate, în raport cu lumea obiectivă. Fenomenele de reciprocă condiționare, între procesele primare, elementare și cele secundare superioare și de convertire plurinivelară și plurisemnificativă între elemente de psihism primar și superior, între ceea ce este afectivitate primară și afectivitate superior elaborată, între afectivitate în ansamblu și procesele intelectiv-cognitive sub raportul unităților reciproc ideoafective și comunicativ-informaționale ce se realizează în simultaneitatea lor asigurînd, totodată, intercondiționarea unitară reciprocă între conștiința de sine și conștiința socială, în cazul unor condiții favorabile interne și de mediu exterior psiho-social favorabil.

Pe această curbă evolutivă de realizare a unor structuri armonioase ale sistemului psihic intervine, în același timp, dimensiunea de ierarhizare între inconștient, subconștient și conștient cu toate valențele contradictorii care rezultă din procesul de subiectivare-obiectivare prin activitatea și unitatea armonioasă a personalității, în care conștiința operează fenomenele de subordonare și intrare în tensiune de lucru armonică a subsistemelor inferioare ale subconștientului și inconștientului în orice decizie comportamentală.

Așa cum subliniază Paul-Popescu Neveanu „Structurile subconștientului sînt în mare măsură generate de activitatea conștientă, iar conștiința operînd ca sinteză între subiectiv și obiectiv își subordonează inconștientul pe care tinde să-l descifreze. Deci, în cadrul sistemului psihic uman nu este posibilă conștiința pură fără activări inconștiente de substrat sau zonă, iar la om și structurile inconștiente locale împrumută forma conștiinței fiind uneori denumite ca fenomene de mică conștiință sau conștiință de scurt circuit. Sistemul psihic uman este deci un continuu de verigi operaționale integrate la diverse niveluri și dispunînd între ele feedbackuri interne, pozitive și negative, circuitele cu lumea fiind mijlocite prin circuitele interne și invers; analiza pe verticală a sistemului psihic uman relevă faptul că la bază persistă o subiectivitate mai mult închisă și personală, pe cînd la vîrf se polarizează o subiectivitate maximal deschisă și adecvată la obiect. Deci funcția realului se exercită de către vîrful conștient din modulul piramidal corespunzător sistemului psihic uman. În acestea structurile cognitive deţin un loc central şi esenţial, pentru simplul motiv că intră în stăpînirea relaţiilor esenţiale dintre univers şi propria fiinţă".

Structurarea sistemului psihic uman este însă supusă, din punctul de vedere calitativ, atît condiţiilor de ordin intern şi simultan şi condiţiilor de ordin extern.

Pe de altă parte, nu trebuie să uităm că natura poate face rebuturi tocmai la nivelul acelor structuri funcţionale care asigură în cadrul sistemului psihic uman reactivitatea de natură, îndeosebi, moştenită sub forma psihismului elementar primar ca modalitate comună de integrare în raport cu lumea obiectivă şi la un nivel inferior, comună atît omului cît şi animalelor superioare. Intrarea în tensiune de lucru superergică a unor asemenea structuri pulsionale, instinctuale şi afective elementare, strîns apropiate de manifestările vegetativ-endocrine şi umorale, pot determina fenomene de „mică conştiinţă", de scurt-circuitare a conştiinţei, sau de îngustare a cîmpului conştiinţei şi respectiv de perturbare a funcţiilor superioare ale conştiinţei, ca şi de perturbare a realizării de către conştiinţă a „funcţiei realului", tocmai prin efectul de distorsionare a sistemului de integrare şi stăpînire a relaţiilor superioare dintre propria fiinţă şi lumea înconjurătoare, fără ca de fapt să se petreacă o modificare calitativă evidentă a discernămîntului asupra actelor socialmente periculoase întreprinse datorită incapacităţii voinţei de a comuta acţiunea primitivă pulsional determinată în nonacţiune conştient frinată.

După opinia noastră, aici se află probabil punctul central, al înţelegerii psihologice al comportamentului psihopatic în sensul că în polaritatea complementară şi contradictorie conştient-inconştient, activările de substrat sau de zonă arhi sau paleopsihică predomină împrumutînd conştiinţei valenţe primitive care împiedică o integrare corespunzătoare şi o realizare optimală a funcţiei realului şi ca atare şi o structurare a unui eu şi a unei conştiinţe de sine episodic deficitare sau în dezacord durabil cu conştiinţa şi normativitatea socială.

Dizarmonia poate avea grade calitativ diferite de exprimare care se întind de la normalitatea reală existenţială şi pînă la anomalia ideo-afectivă de tipul unei adevărate „idioţii morale". În aceste gradualităţi de structurare dizarmonică a sistemului psihic al personalităţii intervin factori diferiţi endo-exogeni în care ceea ce este cîştigat şi ceea ce este dobîndit se intrică într-un mod de o complexitate extrem de vastă şi de cele mai multe ori indisociabilă în planul relaţiilor bio-psiho-sociale.

Modelarea pozitivă sau negativă a naturalului prin influenţele modelator-formative pozitive sau negative sub incidenţa determinărilor psiho-sociale cunoaşte o variabilitate individuală calitativă realmente extrem de diversă. De aceea, pentru psihiatru se impune considerarea fiecărui caz particular în parte, studiat sub aspectul dinamic al biografiei sale în raporturile de asemenea, dinamice şi calitativ diferite ale influenţelor psiho-sociale de micro- şi macrogrup. Din acest punct de vedere este necesară o concepţie filozofică, profund fundamentată ştiinţific din punctul de vedere al interrelaţiilor dialectice bio-psiho-sociale despre om, concepţie care nu poate face abstracţie de punctul de vedere axiologic general uman, dar nici de condiţionările multiple, complexe, unitare dar contradictorii ale naturii şi esenţei umane.

Anomaliile de structurare ale sistemului psihic uman pot apare şi să se manifeste în condiţii semnificative diferite de la o persoană la alta, exprimîndu-se ca accentuări de personalitate ale unor trăsături de psihism elementar, dar care nu în toate cazurile distorsionează calitativ conştiinţa de sine şi n-o aduc obligatoriu în contradicţie flagrantă cu conştiinţa socială. În acest sens este de admis, poate, opinia lui K. Jaspers că anomalia reprezintă în fond o variantă poate nu chiar extremă, aşa cum spune autorul, a existenţei umane normale. În momentul în care însă ierarhizările interioare în sistemul psihic uman se realizează după modelele primitive, paleopsihice profunde, închise, personale, de subiectivitate difuză, haotică, elementară, atunci comportamentul exprimă şi perturbarea calitativă a fenomenului de subiectivare-obiectivare, şi devine cu mai multă probabilitate în condiţii negative dizarmonic, dezechilibrat, îşi însuşeşte particularităţi aberante cantitative şi calitative care rup, disociază ierarhia şi armonia sistemului personalităţii în care, în funcţie de partitura disonantă, va predomina fie ceea ce este endogen deficitar în aranjarea notelor sale de orchestrare genetică, fie că va predomina prin modelarea defectuoasă a etajelor superioare ale sistemului psihic şi ale conştiinţei de sine care vor lasă frîu liber de manifestare unor tendinţe pulsionale umanizate la o scară valorică minimală şi de inferioritate comportamentală manifestată prin incapacitate de a frîna prin modelare, superioară ceea ce este chiar manifestare normală din punctul de vedere al substratului morfo-funcţional dinamic cerebral.

Tocmai datorită acestei incongruenţe în polaritatea conştient-inconştient, dobîndit-moştenit în structura şi structurarea personalităţii, unii autori au denumit psihopatia ca „structuri tarate" (Von Bayer), „oameni ai extremelor" (Luxemburger), „predispoziţii bizare" (Reidel) ; „persoane aparte" (Heinze), „normali discordanţi" (Kahn), „degeneraţiI (Magnan), „anomalii derapante" (Kolle) sau „glisante", în care se subliniază de fiecare dată nu numai discordanţa şi dizarmonia sistemului psihic al eprsonalităţii, dar se lasă a se înţelege conservarea relativ integră a conştiinţei, însă distorsionată valoric pe ceea ce este primitiv în structurile umane, cu realizarea simultană a unui nivel intelectiv satisfăcător calitativ, dar incapabil în planul operaţional de a stăpîni pornirile instinctiv-emoţionale, lăsîndu-le frîu liber în manifestările comportamentale aberante.

Dar în prezenţa unor fragilităţi de substrat constituţional, predominant endogen, sau în prezenţa unui proces determinat prin acţiunea unor factori de natură exogenă sau endo-exogenă, dezechilibrul nu se realizează decît în condiţiile în care au loc concomitent fenomene de ordin negativ din punct de vedere psihosocial.

P. Botezatu abordînd problematica copilăriei sublinia că atutdinea faţă de copil şi copilărie sînt de o particulară importanţă, dacă avem în vedere faptul că „modalitatea desfășurării copilăriei este hotărîtoare pentru viitorul omului și al omenirii“ și aceasta pentru că, oricît de paradoxal ar părea față de silogismul vieții exprimat anterior totuși „copilul este tatăl omului“, dacă avem în vedere importanța și urmările calitativ diferite ale evenimentelor trăite în copilărie. Înțelegerea acestor evenimente este perturbată de „fenomenul universal al uitării“ care acoperă anii copilăriei sub raport cantitativ și calitativ, ca și de prejudecata că evenimentele copilăriei ar fi un „gen de paradis pierdut“ care se uită repede și care nu ar lăsa nici o urmă și nici nu ar avea mai ales, prin conținutul lor, o semnificație profund umană cu un important rol în modelarea anticipativă a comportamentului personalității și a răspunsurilor sale la solicitările multiple, complexe și de o profundă și plurivalentă semnificație în planurile vieții individuale.

P. Botezatu, evidențiind că psihologia abisală a evidențiat mecanisme care stau la baza edificării psihice în copilărie, a ridicat, în același timp, vălul ignoranței care domnea peste acest domeniu al cunoașterii vieții umane, dezvăluind-ne uneori existența unor adevăruri dramatice care țin de o memorie pe care n-o mai stăpînim, dar care, încrustată în structurile bio-psihice elementare, se comportă într-un mod paradoxal cu repercursiuni funeste îndeosebi în domeniul educației și comportamentului.

„Operează în primul rînd — scrie P. Botezatu — un paradox al uitării: ceea ce am uitat este mai activ decît ceea ce n-am uitat! Ce se întîmplă? Evenimentele usturătoare ale vieții infantile: frustrații și agresiuni, inferiorizări și nedreptăți, copilul în defensivă le acoperă prin procesul de refulare (subconștientă) sau represiune (conștientă) în cazurile cînd nu-și poate manifesta revolta. Acestea fierb mocnit în umbră, uneori timp îndelungat, suferă prefaceri radicale și izbucnesc surprinzător și, mai grav, determină în timp modificări negative ale caracterului. În fond acționează mecanismele de apărare care, ca și în cazul imunității organice capabile de autoagresiune sau boli autoimune, poate fi deformat prin exagerarea reacției. Legea supremă a echilibrării psihice cere ca dezechilibrările să fie compensate, dezechilibrul să fie înlăturat. În cazuri mai grave se poate ajunge la periculoase procese de supracompensare, cînd inferioritatea se transformă în superioritate, frustrația în agresiune și așa mai departe. Violența acțiunii conduce la violența reacției.

Situația se agravează prin faptul comun al neînțelegerii reciproce dintre copil și adult. Noi înțelegm mai greu universul copilăriei, iar copilul pricepe mai greu comportarea adultului. Copilăria este o lume aparte în care noi, adulții, se cere să pătrundem cu atenție și delicatețe, cu afecțiune și înțelegere. Domină acolo o altă scară de valori, pe care nu e bine să o siluim... Cîți știu că ei, copiii, sînt mai sensibili decît noi la nedreptate, la frustrație, la înjosire, la violențe? Acestea nu sînt întîmplări copilărești ce se uită repede și fără urmări. Sînt, dimpotrivă, evenimente capitale în viața copilului, care îl pot deforma pe toată viața. Copilul resimte mai puternic agresiunile pentru că nu le poate înțelege ca să le poată ierta, așa cum procedăm noi.

În genere, greșelile noastre de atitudine și intervenție se înscriu în două mari categorii: prea puțin sau prea mult; afecțiunea redusă sau exagerată, libertatea reprimată sau nelimitată, inițiativă totdeauna refuzată ori permanent îngăduită, programare impusă sau absența oricărui program etc. După indicația lui Aristotel, virtutea se inserează pe calea mijlocie, aceea care evită extremele, ceea ce este binevenit în opera de educație. Nu ne trebuie topii torturați, dar nici copii răzgîiați; nu evoluează normal copiii oprimați, dar nici copiii lăsați de capul lor; nu ne satisfac copiii dresați dar nici copiii needucați, ș.a.m.d.... Dacă ne gîndim bine, mai grave decît sancțiunile fizice sînt agresiunile morale: frustrarea de afecțiune și tortura morală, înjosirea și nedreptatea etc. Copilul care a avut de suportat asemenea violențe rămîne marcat pe viață. Va crește un ins dezechilibrat, complexat, izvor permanent de neînțelegere cu cei din jur. Se produce o explozie în lanț: dezechilibrul naște dezechilibru, iar reeducarea unui tînăr dezorientat costă mult societatea, ca strădanie materială și morală.

„Copilul este tatăl omului“, expresie plină de gravitate! Să nu uităm că oamenii sănătoși de mîine sînt copiii sănătoși de azi — corporal și spiritual“.

În contextul referirilor psiho-sociale pe care le subliniază textul de mai sus, se cuvine să mai adaugăm bliniază textul de mai sus, se cuvine să adăugăm că în zarea esenței umane a naturii se modelează, se conturează și-și dezvoltă valențele în contextul relațiilor psiho-sociale, determinante pentru realizarea unității armonioase, complexe dialectice dintre ereditatea biologică și ereditatea socială, în care anumite limite de variabilitate concomitentă dependentă dar independentă în același timp, sînt absolut necesare în această unitate. De aceea, noi considerăm necesară diferențierea personalității și a modalităților sale de reactivitate pe scala complexă a diferențierii sale bio-psiho-sociale. „Un om valid și normal din punct de vedere somatic poate rămîne în urmă în procesul dezvoltării sale mintale, după cum cineva, normal fiind ca intelect, poate fi arierat afectiv și moral, ceea ce a permis unui psiholog să lanseze termenul de „imbecilitate morală“.

În acest vast proces de cristalizare a personalității se realizează barierele specific umane ale fenomenelor psihice de adaptare la condițiile variabile ca intensitate, durată și semnificație, nu numai din punctul de vedere al parametrilor lor exteriori, ci îndeosebi a parametrilor de receptare și integrare subiectivă la condițiile particulare fiecărei personalități, de a subiectiva lumea la nivelul exigențelor sociale și de a se obiectiva pentru a o interioriza la nivelul celor mai înalte valori cognitive, moral-sociale, în condițiile unui echilibru optimal simultan biologic, psihologic și social în unitatea și interdependența sa.

Bariera adaptativă a fiecărei personalități este tocmai această sinteză unică, de dinamică funcțională biologică-psihologică și socială a fiecărei personalități, a conștiinței de sine, cu structurile sale noogenetice ca și de biopsihism elementar, cu sistemele psihice integrate inconștient, subconștient și conștient, cu modalitățile valorice diferite de reactivitate în raport de condițiile de asimilare şi acomodare, atît în raport cu excitaţii naturali cît şi cu sensurile şi semnificaţiile simbolurilor pe care le poartă universul fascinant al culturii toate considerate şi exprimate atît faţă de prelucrarea operaţională a unor acţiuni normale sau psihotraumatizante ale mediului natural şi social.

A. A. Megrabian desprinde trei nivele ale sistemului adaptativ uman: a) nivelul general biologic de autoreglare; b) nivelul de reglare genetică a automatismelor biologice; c) nivelul gnostic de automatism al personalităţii. Toate cele trei nivele ierarhic strcturate asigură nivelul de adaptare a omului prin automatisme bio-psihice. Primul nivel realizează echilibrul dinamic de autoreglare edificată în dezvoltarea filogenetică şi care susţine autonomia proceselor vitale fundamentale ale organismului; al doilea sistem realizează sistemul mecanismelor genetic-ereditare, ale sistemelor general biologice cu funcţionare automată şi care se manifestă sub forma activităţilor instinctuale reglate prin funcţiile spinale, de trunchi cerebral şi subcortical ale sistemului nervos central. Al treilea sistem, care asigură funcţionarea automată — este reprezentat de automatismul gnozic parţial care se dezvoltă sub influenţa mediului social în raport de edificarea personalităţii şi care se află în relaţie cu trebuinţele şi voinţa personalităţii, şi ţine de reglările superioare cerebrale. Între aceste nivele este o strînsă unitate funcţională, iar reglarea lor se realizează prin tripla funcţie de reglare, de asemenea automată, de tip neuro-endocrino-humorală. Aceste mecanisme au o determinare genetic-constituţională, se edifică în decursul filogenezei şi ontogenezei fiecărei individualităţi, iar perturbarea fiecăruia din aceste sisteme ca şi dezintegrarea funcţională a fiecăruia din ele aduce modificări de diverse grade fenomenelor care asigură bariera adaptării bio-psihice.

Crizele biologice, vîrsta, suferinţele viscero-humorale şi cerebrale pot determina perturbări ale sistemului adaptativ ale personalităţii şi poate mai corect, al individualităţii, cu rezonanţe disfuncţionale asupra sistemului de realizare şi integrare a personalităţii în ansamblul vieţii sociale şi a realizării conştiinţei de sine, elaborînd în final o strategie funcţională bio-psihosocială particulară de integrare deficitară în condiţii favorabile sau nefavorabile de mediu intern şi extern. Mecanismele care intervin în această adaptare sînt de sinteză aferenţială predecizională, de acceptor al rezultatelor acţiunii, de prelucrare preoperaţională şi operaţională automatizată a programelor acţiunii şi de formare a rezultatelor ei, de informare aferentivă prin mecanisme de feedback a rezultatelor cu o nouă reintegrare în acceptorul rezultatelor cu cele real iniţiate. Aceste mecanisme cu desfăşurare automatizată sînt subordonate şi integrate la un nivel superior ideo-afectiv, intelectiv-conştient la nivelul personalităţii în procesele de asimilare şi acomodare adaptativă cu mecanismele de predecizie şi decizie în relaţie cu sistemele motivaţionale superioare.

După G. K. Uşakov normalitatea psihică se referă şi ar include următoarele criterii: „determinarea fenomenelor psihice, necesitatea lor, cauzalitatea, sistematizarea; corespunzător vîrstei individului maturizarea sentimentului permanenţei (constanţei), locului existenţei; apropierea maximă a imaginilor subiective formate, ce reflectă obiectele activităţii; armonia dintre reflectarea condiţiilor activităţii şi raportarea individului la ele; reacţii adecvate la influenţele de mediu fizic, biologic şi psihologic şi identificarea adecvată a imaginilor amintirilor cu imaginile monotipice ale reprezentării — amintirilor; reacţii corespunzătoare (atît fizice cît şi psihice) ca forţă şi frecvenţă la excitanţii externi; sentimentul poziţiei în mediul cu cei asemănători sie-şi şi în armonia interrelaţiilor cu ei; abordarea critică a condiţiilor vieţii; capacitatea de autocorecţie a comportamentului corespunzător cu normele tipice pentru diversele colective; sentimentul de responsabilitate pentru urmaşi şi pentru membrii apropiaţi ai familiei; reacţii adecvate la condiţiile sociale (mediul social); sentimentul constanţei şi identităţii trăirilor în condiţii identice; capacitatea de a modifica capacităţile comportamentale în corelaţie cu modificările situaţiilor de viaţă; autoafirmarea în colectiv (societate) fără prejudicierea restului membrilor săi; capacitatea de a-şi planifica şi realiza calea sa în viaţă şi altele".

Aşa cum vedem, Uşakov pune accentul, atunci cînd discută normalitatea psihică, pe aspectul de natură psiho-socială şi îndeosebi pe factorii interni ai comportamentului uman. Problema care se pune este de a considera personalitatea umană ca totalitate concretă de manifestări umane, sub aspectul său dinamic în dezvoltarea ontogenetică concomitent biologică, psihologică şi socială, ca relaţii dialectice unice, interdependente şi contradictorii care realizează în consens cu exigenţele eredităţii biologice şi sociale dezvoltarea armonioasă atunci cînd sînt întrunite condiţiile optime de dezvoltare sau o dezvoltare dizarmonică atunci cînd unul sau altul, dintre factorii componenţi şi determinanţi ai personalităţii sînt deficitari.

În acest sens, la un copil cu o moştenire biologic optimală, dacă în primii ani de viaţă nu asimilează prin intermediul apartenenţilor şi în raport de stadialitatea evolutivă, ereditatea socio-culturală, riscul evoluţiei şi a unei structurări dizarmonice poate deveni major, dacă avem în vedere îndeosebi faptele subliniate mai sus privind relaţiile deficitare dintre adult şi copil şi că modelările negative care se uită la vîrsta adultă, pot să se manifeste cu violenţă, îndeosebi în cazul proceselor de supracompensare sau subcompensare.

Întreaga ontogeneză umană se află sub semnul unor permanente procese dinamice de echilibrare adaptativă la mediu, de la vîrsta copilăriei şi pînă la vîrstele avansate ale senectuţii sub raportul dinamic şi totodată unitar al relaţiilor intedependente biologice, psihologice şi sociale.

De aceea, considerînd dimpreună cu P. Brânzei, adaptarea ca şi normalitatea psihică sub raportul minimal al triplelor sale determinări, vom sublinia că din punctul de vedere al personalităţii, considerată ca sistem distingem:

a. *În plan biologic*, adaptarea se caracterizează prin structurarea sistematică a organizării biologice moştenite prin realizarea unor mecanisme operatorii automatizate independente, dar şi dependente de suprastructurile suprajacente de natură humorală, endocrină și nervoasă. Prin intermediul unor formațiuni biochimice cu determinare genetică, formațiunile endocrine subordonează reglările humorale prin intermediul cărora, își realizează acțiunea asupra nivelelor moleculare. Mecanisme humorale sînt la rîndul lor subordonate mecanismelor nervoase (spinale, de trunchi cerebral, mezencefalice) care subordonează la rîndul lor realizarea automată a mecanismelor endocrine și humorale-biochimice realizînd în mod unitar homeostazia internă și asigurarea funcțiilor vitale și de biopsihism elementar. În relație cu mediul înconjurător pe care acesta îl asimilează impunîndu-i totodată o structură proprie în dinamica dintre elemente interne și externe, se realizează unitar trăsăturile genotipice și fenotipice particulare fiecărei individualități, în care se include ca fenomen adaptativ reacția inversă a mediului la care organismul se „acomodează“ prin procesele neuro-endocrino-humorale, modificîndu-și dinamic ciclurile de asimilare și dezasimilare informațională.

În momentul în care s-au realizat, indiferent la ce nivel al automatismelor biologice sau de psihism elementar relativ sau parțial automatizat, dezechilibre sau fracturi ale proceselor de „asimilare“ sau „acomodare“ prin acțiunea unor factori negativi sau nocivi de natură fizică, chimică, biologică sau psiho-socială (cognitiv informațională sau afectiv-emoțională) se va declanșa mecanismul complex de alarmă sau punerea în tensiune a reacțiilor de apărare neuro-endocrino-humorale, manifestîndu-se în raport de structura personalității ca un „sindrom de adaptare“ ale cărui baze fiziopatologice au fost descrise de Selye, dar care, ca semnificație, noțiunea de stress nu se poate desprinde de noțiunea de condiționare, de structura personalității dezvoltată pe tot parcursul existenței sale ca și de semnificația pentru organism a factorilor stressanți considerați din punctul de vedere al intensității, duratei și semnificației lor. În raport de starea inițială a activității nervoase superioare, de particularitățile sale genetic-constituționale se va angrena, în reacțiile de răspuns întreg sistemul personalității de la nivelul conștiinței de sine și pînă la nivelul celor mai intime procese molecular-enzimatice cu o viteză de realizare de milionimi de secundă în care se rezumă nu numai istoria lumii biologice și a speciei, ci și a fiecărei individualități în parte.

Pe de altă parte, tot în planul organizărilor sistemice ale proceselor adaptative ale substratului material al personalității și a mecanismelor sale bio-psihice elementare, natura sau dezvoltarea ontogenetică poate crea armonii, dizarmonii, dezechilibre sau chiar rebutări care nu permit o funcționare armonioasă a proceselor de asimilare și acomodare adaptativă în plan predominant biologic.

b. *În plan psihologic* adaptarea este din ce în ce mai mult considerată ca un proces dinamic, de organizare și echilibrare mintală, prin fenomene de interiorizare subiectivă a „schimburilor dintre subiect și obiect“, al realizării unui echilibru dintre „asimilare și acomodare“ spre care tinde totalitatea structurilor cognitive, începînd cu percepția, deprinderea și mecanismele senzorio-motorii“ și pînă la „fenomenele superioare ale gîndirii“. Totodată, condițiile afective și condițiile cognitive sînt mereu reunite în fapt și nu caracterizează cît de puțin facultăți psihice independente, viața afectivă și viața cognitivă, sînt, deci, inseparabile deși distincte, ele reprezentînd în fond împletirea unică și inseparabilă a ereditații biologice cu cea socială, realizată prin activitatea subiectului asupra obiectului.

De remarcat că procesele de edificare ale viitoarei personalități încep cu nidarea și cu dezvoltarea intrauterină a copilului ca individ cu modalitățile sale de reactivitate biologică expuse mai sus, dar și de biopsihism elementar înnăscut, particular speciei homo sapiens. Nașterea reprezintă nu numai desprinderea mamei de copil din punct de vedere biologic, dar și prima formă de manifestare a inpendenței relative din punct de vedere biopsihic de distanțare a viitorului subiect de dependențele sale relaționale cu obiectele și cu alt om de care rămîne dependent pentru a-și forma, prin interiorizarea lumii independența sa autentică prin subiectivarea lumii, a formării lumii sale interioare, a conștiinței de sine, a eului, lume interioară deosebită de lumea exterioară fizică și socială.

De la sincretismul infantil inițial sub forma legăturii nemijlocite dintre stimul și reacție, apoi la etapa de organizare senzorio-motorie, reflexă și instinctivă pe măsură ce se realizează și structurarea morfo-funcțională prin mielinizările cerebrale, contactul cu realitatea și luarea în stăpînire a realului se face prin intermediul relațiilor dintre individul pe cale de a deveni o individualitate și obiectul cu care se află în comuniune prin propriile acțiuni modulate de nevoile interne și modelate de mediul socio-familial. Prin acțiune se realizează asimilarea și acomodarea, crearea acelor verigi mediate și de mediere între obiect și subiect.

„Diferențierea progresivă a eului — scrie V. Pavelcu — de non-eu și stabilitatea crescîndă a înțelesurilor în acest dialog eu-lume se datorește, pe de o parte, acțiunii ca răspuns la stimulii senzoriali și, pe de altă parte, asimilării și folosirii semnalelor verbale. Cunoașterea se realizează din acțiune și prin mediație verbală“, ceea ce duce, în plan genetic, la crearea imaginilor și a simbolurilor, la dezvoltarea lumii interioare, a conștiinței de sine.

Acest fenomen poate să se desfășoare numai în prezența unui substrat morfo-funcțional dinamic cerebral optimal cu prezența simultană a unor condiții modelator-formative psiho-sociale corespunzătoare, fără de care nu se poate realiza nivelul rațional, conceptual și abstract, care să permită și să traducă prin activitate procesul complex de obiectivare-subiectivare. De aceea, așa cum afirma în același loc V. Pavelcu : „Întreaga dezvoltare intelectuală, de la copilărie la maturitate este un proces de simbolizare progresivă a realității, o mentalizare a lumii externe, o spiritualizare a materialității. Gîndim spre a acționa mai bine, interiorizăm lumea spre a ne exterioriza și a ne afirma mai sigur“. În acest proces intervine toată zestrea ereditară genetică ca și ereditatea socio-culturală, iar deficiențele calitative ale uneia sau alteia dintre ele vor permite structurarea armonioasă sau deficitară a sistemului psihic al viitoarei personalități. Amintim aici perturbarea mecanismelor genetice, factorii eredoconstituţionali, ca şi acţiunea nocivă a unor factori fizici, toxici, biologici cu acţiune în perioada dezvoltării pre-, şi postnatale care pot defavoriza dezvoltarea psihică, precum şi factorii de natură psiho-socială, cognitivi şi afectivi, pe care i-am discutat mai sus şi care condiţionează negativ una sau alta din dizarmoniile personalităţii, perturbînd sistemul psihic dinspre nivelele inferioare care perturbă sau fracturează sistemul reglărilor funcţionale superioare, mediate, raţionale, conceptuale şi abstracte şi, în consens axiologic în plan comportamental cu normativitatea socială a grupului din care face parte fiecare individualitate.

În acelaşi timp, organizarea superioară a sistemului psihic se întrepătrunde şi se intercondiţionează cu nivelele subjacente somatice, vegetativ-umorale, instictiv-emoţionale primare, automatice sau relativ automatice, în cadrul căruia se organizează operatorii funcţionali ai vieţii psihice, cu fenomenele de reversibilitate a operaţiilor nu numai în planuri lineare, ci şi în planurile verticale, de însuşire a realului şi de stăpînire a funcţiei realului în concordanţă plurivalentă concomitent afectivă, cognitivă şi axiologică.

c. *Adaptarea socială* vizează în fond realizarea naturii şi a esenţei umane graţie activităţii, a modelării, dezvoltării şi cizelării în şi prin relaţiile sociale modelator-formative a proceselor psihice, a sistemului psihic al personalităţii, a unificării sistemice a eredităţii biologice cu cea psiho-socială. Adaptarea socială exprimă procesul de formare a unei unităţi particulare numai omului, personalitatea, care apare simultan ca produs al dezvoltării social-istorice şi a dezvoltării ontogenetice. Omul se naşte ca individ cu particularităţile sale genetic-constituţionale şi de biopsihism şi se individualizează prin acţiunea modelator-formativă a mediului social ca individualitate, devine persoană pe măsura realizării de roluri şi valori de subiectivare a lumii şi de obiectivare creatoare prin activitate a subiectivităţii. În fond, adaptarea socială presupune nu numai dezvoltarea sistemului psihic, ci desăvîrşirea sa prin apariţia conştiinţei de sine, prin subiectivare amplă şi profundă şi prin interiorizarea valorilor lumii sociale ca modalităţi personale de conduită independentă, de cristalizare şi maturizare a personalităţii, şi ca atare a sistemului psihic uman în ansamblul structurilor şi structurii sale creatoare şi complexe în raport cu scara valorilor sociale reale şi ideale.

Adaptarea socială este însă un proces complex care realizează umanizarea structurilor biologice şi biopsihice cu care venim pe lume prin procesele active de asimilare şi acomodare a exigenţelor de mediu natural şi psiho-social, de dezvoltare a proceselor psihice ideo-afective individuale, de la formele lor difuze şi sincretice din primii ani de viaţă şi pînă la adolescenţă, cînd ating maximum de acuitate prin transformarea calitativă a cunoştinţelor în structuri dinamice noi ale activităţii psihice în curs de maturizare faţă de ansamblul grupului social pe care le include subiectivîndu-le prin obiectivare activă şi independentă, pe baza realizării conştiinţei de sine iar prin rolurile pe care le îndeplineşte se detaşează de oameni pentru a-i cunoaşte mai bine spre a se apropia de ei mai mult.

Referindu-se la acest aspect al organizării sistemului psihic al personalităţii, V. Pavelcu se întreba: „Cum este posibilă detaşarea şi distanţarea intelectuală odată cu ataşarea şi apropierea emoţională afectivă? Ne aflăm în faţa unui paradox: ne detaşăm de oameni spre a-i cunoaşte mai bine şi îi obiectivăm spre a ne apropia de ei. Cum se face legătura între obiectivare, maturizare intelectuală şi subiectualizare, maturizare afectivă, axiologică şi morală? Înţelegerea altuia traduce capacitatea de a ne transpune în sufletul lui, de a-l privi prin prisma propriei sale conştiinţe. Dezvoltarea psihică este un proces de participare la interesele şi aspiraţiile altora, la idealurile societăţii. Aceasta nu înseamnă nici fuziune, nici identificare; a înţelege suferinţa altuia nu înseamnă a plînge şi a ne lamenta alături de el. Este vorba de a păstra distanţa intelectuală, conştiinţa de sine asociată cu trăirea cît mai apropiată de a subiectului respectiv, „ca şi cum“ ne-am afla în locul lui“.

„Structurarea lumii interioare pe plan mintal şi simbolic asigură anticiparea acţiunii şi luarea de decizii cît mai judicioase în cadrul propabilistic al reuşitelor posibile. Se înţelege de ce o educaţie cu norme prea rigide şi într-un sistem inflexibil de sancţiuni şi recompense limitează potenţele creative ale copilului. Fiecare etapă presupune un grad adecvat de supleţe; de la dresaj, la independenţă şi libertate creativă...

Calea spre independenţă, maturizare şi socializare trece prin joc şi identificare imaginară spre participare ,cooperare şi apropiere afectivă. Maturizarea intelectuală a folosirii cît mai eficiente a mijloacelor spre realizarea unui scop, trebuie asociată cît mai strîns cu maturizarea afectivă, subiectivarea lumii, cu integrarea acesteia în sistemul de valori personale“.

În contextul celor de mai sus, cunoaşterea psihologiei vîrstelor, a proceselor de socializare, subliniază, de asemenea, influenţa negativă pe care o poate exercita neînţelegerea tendinţelor şi motivaţiilor conflictuale ale stadialităţii infanto-juvenile de dezvoltare a personalităţii ca factor potenţial generator de demodulări dezadaptive sau aberante care invalidează personalitatea prin fenomenele maladaptive sau dezadaptive prin mediu social viciat.

Pe dealtă parte, fenomenul de adaptare socială poate fi perturbat prin structurare socială general deficitară generată de inechitate socială sau, dimpotrivă, dezadaptarea socială să vină în condiţiile deficitare de microgrup familial, instructiv-educativ sau socio-profesional. În acelaşi timp, adaptarea socială poate fi perturbată de o ereditate biologică de infrastructură moştenită sau cîştigată în primi ani de viaţă, fenomene care nu permit o structurare armonioasă a sistemului psihic cu elaborarea şi maturizarea corespunzătoare a conştiinţei de sine, capabilă să integreze în sistemul personalităţii sistemului de valori al societăţii.

În ansamblul unitar dar particular pe care-l reprezintă personalitatea, adaptarea prin asimilare şi acomodare este în mod simultan şi interdependent biologică şi socială, la fel ca şi fenomenele dezadaptative, din aceasta decurgînd şi dificultăţile de a diferenţia normalul de anormal, dar şi modalităţile extrem de diverse şi strict individuale de exprimare a dizarmoniilor şi aberaţiilor comportamentale, prin acţiunea nocivă sau nefavorabilă a unor factori de mediu bio-psiho-social care acţionează şi sînt integraţi patoplastic în mod diferenţiat de fiecare individualitate în funcţie de intensitatea, durata şi semnificaţia acestora şi de capacitatea de răspuns simultan a mecanismelor psiho-neuro-endocrino-humorale pe care le mobilizează ca răspuns personalitatea.

In ansamblul consideraţiilor de mai sus, ni se pare că nu se poate separa chiar atît de uşor o reacţie psihică de reacţia somatică în condiţii stressante sau, de exemplu, nu este uşor să separăm în mod absolut etiologia endogenă de cea exogenă, endo-exogenă sau de natură psiho-socială Aceste consideraţii nu se referă numai la condiţiile clinice etiologice, dar şi la modalităţile terapeutic-evolutive de inserţie şi reinserţie socială.

Condiţionările patogene care intervin în stările predominant psihogene depind deci nu numai de biografia fiecărei personalităţi, influenţînd dezvoltările anormale prin perioadele critice ale personalităţii, dar şi de nivelul calitativ al evoluţiei sale stadiale, de condiţiile particulare ale mediului psiho-social care, topindu-se toate prin sumare sistemică pot face ca o criză sufletească să transforme şi să remanieze atît de profund personalitatea, încît simptomatologia reactivă să nu mai posede particularităţile sale predominant psihogene şi să-şi însuşească valenţele unei adevărate procesualităţi, ceea ce creează atît de bine cunoscutele dificultăţi clinice în etichetarea corectă din punct de vedere etiologic şi de multe ori cu rezultate regretabile pentru medic sau funeste pentru bolnav, în cazul în care nu se ţine cont de toate variantele posibile.

Pe de altă parte, ceea ce este fragil şi predominant endogen şi anormal din punctul de vedere al biologiei, se manifestă în domeniul patologiei psihice cu atît mai nespecific, cu cît funcţia psihică este mai evoluată, ceea ce face ca mecanismele de supracompensare, sucompresare sau de reechilibrare în limite largi să nu se manifeste ca reacţii sau dezvoltări anormale de obicei cu caracterul lor episodic şi cu perioade mai mult sau mai puţin lungi de echilibru, aşa cum se întîmplă în cazul perturbării unor sisteme funcţionale, care nu se transformă decît excepţional într-o evoluţie procesuală care se bazează pe defecte permanente. În aceste cazuri este, poate, mai curînd vorba de o simptomatologie funcţională de faţadă care acoperă ca o cortină ceea ce dramatismul vieţii organice a pus în scenă, dar a cărei desfăşurare este precedată de un prolog în contradicţie cu conţinutul real al dramei individuale, dar eventual şi în contradicţie flagrantă cu epilogul pe care ni-l poate pregăti cu subtilitate disimulată evoluţia bolii organice.

Manifestările psihopatologice cu extrema lor bogăţie şi diversitate se află, în raport cu determinările etiopatogenice, în situaţia precară şi prin aceasta destul de critică, de a nu găsi punţile de legătură între etiopatogenia organică şi manifestarea psihică de faţadă şi aceasta pentru că nu toate sistemele şi subsistemele aparatului personalităţii au aceeaşi rezonanţă în simptomatologia psihopatologică. Pe de altă parte, este de înţeles că personalitatea aduce prin sistemele sale psihice superioare de autoreglare un plus extraordinar care complică şi mai mult manifestarea organicului distilîndu-l prin mecanismele psihologiei individuale de o cu totul altă esenţă care pune frîu manifestărilor automatice organice şi conturează exprimările bio-psihice de infrastructură. Dacă avem, de asemenea, în vedere determinarea bio-psiho-socială a personalităţii, atunci etiopatogeneza bolilor psihice, a anomaliilor şi dezvoltărilor psihice nu se poate aborda cu criteriile de etiopatogeneză şi de fiziopatologie cu care operează medicina generală clasică, cauză, din punct de vedere etiopatogenic în domeniul psihiatriei însemnînd o sumare constelativă de factori negativi biologici psihologici şi sociali care perturbă funcţionalitatea sau mecanismele morfo-funcţionale ale barierelor adaptative umane şi în care constelaţie sumativă de factori se evidenţiază în final printr-un factor predominant care deţine rolul şefului de orchestră şi care nu-şi poate realiza rolul decît în prezenţa concertată a tuturor celorlalţi factori care acţionează gravitînd în jurul factorului predominant (biologic sau psiho-social) împiedicîndu-l să se manifeste ca factor etiopatogenic unic. De aceea, simptomatologia psihică, atît sub aspectul dezadaptărilor ca şi a compensărilor se studiază şi se rezolvă clinic în practică în dependenţele lor concomitente de corporal, spiritual şi social, sub aspectul participării diferenţiate şi a semnificaţiilor lor particulare.

Ceea ce se cuvine să reţinem este că deşi pînă în prezent nu avem o specificitate de expresii somatice în planul manifestărilor psihice dar nici una specifică din plan psihic în cel somatic, neîndoielnic rămîne faptul influenţei psihicului asupra somaticului, şi invers, cea a somaticului asupra psihicului, cu toată nespecificitatea lor fenomenologică, ca o realitate indubitabilă de care trebuie să se ţină cont cu o deosebită atenţie, ca şi faptul că medierea dintre psihic şi corp o realizează sistemul bio-psihic elementar a cărui simptomatologie va domina tabloul psihic al reacţiilor şi dezvoltărilor anormale în cazul acţiunii unor factori de natură predominant psihogenă. În asemenea situaţii considerăm că între corp şi biopsihismul elementar, puntea de legătură o realizează sistemul reglărilor organo-vegetative cu semnificaţie particulară ca modalitate de a reacţiona asupra etajelor superioare ale personalităţii în mod diferenţiat în psihopatii faţă de nevroze.

PSIHIATRIA ÎN FAȚA UNOR ASPECTE ALE ARTEI MODERNE

C. Romanescu, P. Boișteanu, Fl. Teodorescu, Florentina Floareș, Maria Buzuleac

— *Iași*

Din dorința de a corespunde unui așa zis spirit modern , în ultimul timp tot mai multe lucrări artistice sînt alcătuite atît de ciudat și au un conținut atît de obscur încît în rîndul iubitorilor de artă se ridică suspiciuni cu privire la personalitatea acestor opere și bineînțeles a autorilor respectivi. Afirmația ar putea fi șocantă, dar se pare că însăși cei vizați se complac în dorința de a apare cît mai departe de normal. Astfel un grafician, citat de Dinu Cernescu spunea că „......modern înseamnă strîmb, modern este altfel decît normal“. Această dorință de „altfel decît normal“ lasă impresia de morbid. Se subînțelege, desigur, la care lucrări ne referim : incoerență în poezie, proză care anulează gramatica și logica elementară cu un conținut deseori absurd, puneri în scenă abracadabrante și altele. Astfel de opere a căror originalitate constă în ilogic, produc reacții de opoziție și mai ales reticență. Publicul, chiar cel cultivat, este refractar artei atunci cînd o suspectează de a fi exponenta unor stări morbide. Suspiciunea este alimentată și de asemănarea uneori izbitoare între opere de artă alcătuite după criteriile menționate și producțiile artistice ale unor persoane suferind de grave anomalii psihice (schizofrenie, diferite stări halucinatorii, delirante și altele).

Nomina adiosa, dar exemplele din ambele categorii nu lipsesc, ne stau la îndemînă și sînt evident incontestabile. Aceste asemănări sporesc echivocul și amplifică opiniile defavorabile.

Desigur că progresul spre forme noi de expresie artistică și poate spre arta nouă este o lege istorică și evoluția are loc indiferent de aprecierile pro sou contra ale unui grup sau ale unui moment. Dar credem că sub orice formă se manifestă, în orice timp, chiar într-un viitor îndepărtat, arta trebuie să comunice o emoție. Pentru aceasta arta nu poate renunța la un limbaj inteligibil. Toate convențiile, toate simbolurile artistice trebuie să îndeplinească această condiție ; astfel ele rămîn forme goale și nesemnificative. Se pare că strădania excesivă de a se exprima în așa zisul stil modern, abate de la această condiție pe unii din exponenții modernismului.

Peisajul contemporan al artelor cuprinde numeroase producții care, sub acest aspect, dau impresia că sînt anormale. Ca expresii ale diverselor școli sau grupări artistice, și-au făcut loc în artă ilogicul, absurdul, confuzia ; se vorbește și de antiartă. Opinia publică, se întreabă, tacit sau deschis dacă acest gen de artă nu reprezintă germenele unei boli care subminează arta. Psihologii și psihiatrii sînt deseori interogați cu privire la fenomenele respective. Este o problemă discutată mult, în străinătate, mai ales în Occident unde a apărut o pleiadă de lucrări cu privire la forma și fondul artei moderne în funcție de criteriile normalității psihologice. La noi problema este aparent nouă. Credem că în prezent este necesară discutarea acestor relații. Discuția ar duce, pe de o parte la informarea publicului, pe de altă parte ar aviza pe unii tineri care, căutînd în artă expresii noi eșuează în forme mai mult sau mai puțin absurde. Bineînțeles că opinia unor psihiatri în probleme de critică de artă este motivată numai din punctul de vedere al acestor relații. Psihiatria studiază de cîteva decenii ceea ce specialiștii denumesc psihopatologia expresiei, artistice. Psihiatri, psihologi, artiști, sociologi reuniți în Societatea internațională de psihopatologie a expresiei (S.I.P.E.) sînt de părere că autorii operelor artistice care, prin formă sau conținut, se abat de la criteriile normalității psihologice, constituie două categorii de persoane bine, diferențiate : unii sînt bolnavi psihic și au perturbări în procesele psihologice interioare sau în relațiile cu lumea ambiantă ; alții (cei mai mulți) sînt imitatori, simulanți, purtători ai unor haine care nu le aparțin, manifestînd o „intenționalitate heteronimă“. Cu alte cuvinte unii sînt bolnavi dar artiști sinceri, putînd fi uneori geniali, iar alții sînt artiști nesinceri care împrumută un anumit stil care nu este propriu structurii lor psihologice.

Deseori diferențierea între aceste categorii de artiști este dificilă. Manierismul este o modă care se impune ușor mai ales printre snobi care îl vehiculează și uneori reușesc să-l impună.

Pentru psihiatri apare destul de clar că printre originile expresiei artistice așa zis moderne un oarecare rol a avut doctrina psihanalizei lui Freud. Psihanaliza ca metodă medico-psihologică de investigație a psihologiei inconștiente nu a dus la rezultatele scontate. Ea a avut însă un foarte mare răsunet în lumea artelor, fascinîndu-i pe unii artiști prin ceea ce ne permitem să denumim romantismul metodei. Investigarea unor zone psihologice necunoscute, procedeu oarecum dubios pentru practicienii obiectivi a devenit, începînd de prin 1930, o obsesie în lumea artelor. Hipnotizați de obsesia perspectivei de a scoate trăiri și simboluri psihologice extraordinare, mulți creatori au început să le aștearnă pe hîrtie, pe pînză și pe portative sub forme incoerente, ilogice și absurde, conform cerințelor metodei. De aici au apărut aceste „particularități“ și în producția artistică. Bineînțeles că psihanaliza nu este o cauză unică, dar este una din cauzele care pot fi incriminate în apariția aberațiilor artistice. S-a spus că Freud a polarizat toată psihologia în jurul sexualității. Trebuie să se adauge că psihanaliza sa, atît de răspîndită a determinat un gust pentru morbid, a creat o ambianță propice evidențierii a tot felul de trăiri psihice bizare sau deadreptul anormale, producînd confuzii între psihologie și patologie, confuzii care au avut și ele rezonanța lor pe plan artistic.

Se știe că tulburarea psihică, boala psihică a interesat întotdeauna pe creatorii de artă : ea este, doar o dramă a omului, pune probleme filozofice, este picturală. De aceea a și fost reflectată de artă și încă de cei mai mari artiști. Shakespeare, Cehov, Maupassant, Caragiale, Gorki ne-au lăsat capodopere cu valoare certă de foi de observație iar Goia, Gerricault, Ribera și mulți alții au pictat interesante aspecte ale dramei desagregării psihice. Dar credem că trebuie să observăm că toți acești mari artiști s-au situat, în operele lor, pe poziții critice, nu au făcut artă morbidă ci artă despre morbid, unii ca Dostoevski fiind nevoiți să-și învingă propria lor suferință pentru a nu confunda opera cu obiectul ei. Acești clasici s-au exprimat normal despre patologie pe cînd în prezent unii au tendința să se exprime în mod patologic chiar despre normal.

Credem că aceste considerente trebuie cunoscute. Ele ar conduce la o apreciere mai critică a tendințelor exagerat de originale în maniera de exprimare și de alcătuire a operei unor artiști, acordîndu-se unor astfel de lucruri etichete atît de delicat formulată de SIPE de intenționalitate heteronimă.

Respectînd orice gust, orice tendință, oricît de originală ar fi ea, este necesară respectarea bunei credințe a publicului care consideră pe artiști ca pe cei mai străluciți reprezentanți ai nobilei și organicei năzuințe către echilibrul și către alte emoții decît stupefacția.

Psihiatria nu se poate opune nici unei forme artistice, nici celor greu accesibile, dar este rolul ei de a elucida unele aspecte care deranjează echilibrul psihologic.

VALOAREA UNOR INDICATORI PSIHOLOGICI, FIZIOLOGICI ȘI BIOCHIMICI PENTRU APRECIEREA SOLICITĂRII ȘI OBOSELII ÎN MUNCA AUTOMATIZATĂ

I. Silion, Ana Cotrău, Gr. Stavri, Cornelia Mihalache, Valeria Roșca, Al. Botez, M. Petraru, Cintia Pandele
— *Iași*

Ne-am propus să apreciem, comparativ, valoarea unor indicatori, de oboseală, la un lot de 20 operatori care lucrează la tablourile de comandă într-o centrală termoelectrică, 12 de la camera centrală de comandă și 8 de la turbine, cu vîrsta cuprinsă între 20—44 ani și vechimea în munca la tablou între 1—7 ani. Turbiniștii, spre deosebire de operatorii de la camera centrală, desfășoară o activitate cu componente motorii mai importante, în condiții de zgomot continuu, depășind intensitatea de 90 dB, trepidații, temperaturi înalte și iluminare insuficientă.

Metoda de cercetare a constat în urmărirea, pe parcursul celor 3 schimburi, de muncă, ce alternau după sistemul „8 + 24“ (8 ore muncă și 24 ore libere) următorilor indicatori : eliminările urinare de acid vanilmandelic (AVM), înainte și după 2, 5 și 8 ore de activitate la tablou (total 240 probe), prin metoda cromatografică Floch ; indicii de cantitate și calitate ai atenției concentrate, stabiliți prin testul „Toulouse-Piéron“, și cei ai atenției distributive, prin testul de distribuție numerică „Praga“, în prima și a 8-a oră a schimburilor de muncă (cîte 120 indici pentru cantitate și 120 pentru calitate, pentru fiecare tip de atenție) ; timpii de latență, erorile și coeficienții de variație ai răspunsurilor motorii diferențiate, la cîte un program de 30 excitanți administrați în serie, sonori, de culoare și poziție, fiecare program fiind compus din 3 feluri de excitanți cu alternare la intervale regulate de timp dar imprevizibilă ca tip de excitant, în prima și a 8-a oră a schimburilor, prin utilizarea unui cronoscop electronic „EAP“ — Franța (cîte 120 indicatori pentru fiecare dintre cele 3 moduri de exprimare a rezultatelor și pentru fiecare dintre cele 3 programe) ; durata reflexului achilian, în prima și a opta oră a schimburilor de muncă, măsurată cu ajutorul unui reflexograf construit și experimentat în serviciul de endocrinologie al policlinicii universitare Iași (120 indicatori) ; eliminările urimare de uropepsină (metoda Anson-Mirski-Bücher-Gray), calciu, sodiu și potasiu (metoda flamfotometrică), în prima, a patra și a opta oră ale schimburilor de muncă (cîte 180 probe pentru fiecare indicator) ; senzația subiectivă de oboseală și factorii sociali, utilizînd chestionare tip.

Pentru fiecare indicator s-au analizat valorile individuale, mediile și abaterile standard ; s-au calculat coeficienții de corelație între timpii de latență ai răspunsurilor motorii la excitanții audiovizuali și ceilalți indicatori.

Rezultate : Eliminările urinare de AVM (gamma/ml) au prezentat variații între 1 și 10,5, fiind mai mari la turbiniști decît la operatorii de la camera centrală. Valorile medii au oscilat între 3,3 și 5,4. S-a remarcat o tendință de scădere a acestui indicator pe parcursul schimbului I și de creștere în schimburile II și mai ales III, această tendință fiind mai marcată la turbiniști.

Indicii de cantitate ai atenției concentrate au prezentat valori extreme de 55 și respectiv 107 iar cei de calitate 0,30 și respectiv 1,00. Valorile medii ale indicilor de cantitate au crescut în schimbul I și au scăzut în schimburile II și III însă indicii de calitate au crescut în toate schimburile. Turbiniștii au prezentat indici de calitate mai slabi decît ai operatorilor de la camera centrală.

Inidcii de cantitate ai atenției distributive au prezentat valori extreme de 15 și 109, iar numărul erorilor de „O“ respectiv 6. Valorile medii ale indicilor de cantitate au crescut pe parcursul schimbului I și au scăzut în schimbul III, rămînînd staționare în schimbul II. Numărul erorilor a scăzut însă pe parcursul tuturor schimburilor de muncă. Indicii atenţiei distributive ai turbiniştilor, comparativ cu cei ai operatorilor de la camera centrală, au fost mai buni în schimburile I şi II şi mai slabi în schimbul III.

Timpii de latenţă la excitanţii audiovizuali (sutimi de secundă) au prezentat următoarele valori extreme : pentru excitanţii sonori 26,6 respectiv 93,0, pentru cei de culoare 35,0 respectiv 80,0 iar pentru cei de poziţie 27,6 respectiv 88,0. Valorile medii au fost mai scăzute pentru excitanţii luminoşi de poziţie (probă mai simplă) şi mai crescute pentru cei sonori (probă mai complexă). In general, timpii de latenţă au prezentat tendinţă de scădere în schimbul I de creştere în schimbul III, rămînînd staţionari sau scăzînd uşor în schimbul II. Valorile acestor indicatori au fost constant mai crescute la turbinişti comparativ cu cele ale operatorilor de la camera centrală, cu deosebire pentru excitanţii sonori, traducînd oboseala auditivă şi generală, datorită zgomotului şi trepidaţiilor, temperaturii înalte şi iluminării insfuciente.

Numărul greşelilor la proba de semnalizare audiovizuală precum şi coeficienţii de variaţie ai indicilor de latenţă au evidenţiat aceleaşi aspecte ca şi timpii de latenţă.

Durata reflexului achilean (în milisecunde) a prezentat variaţii între 216 şi 345 iar mediile între 282 şi 307. Valorile normale ale acestui indicator, după Hartmann, sînt cuprinse între 220 şi 370, în funcţie de vîrstă. Staţionar în schimbul I, durata reflexului achilean a crescut uşor în schimburile II şi III. Valorile maxime au fost întîlnite în schimbul III. Între valorile turbiniştilor şi cele ale operatorilor de la camera centrală, diferenţele au fost minime.

Eliminările de uropepsină din urină (mg. tirozină/l) au prezentat valori extreme de 7 respectiv 369 iar mediile au oscilat între 43 şi 163. Valorile normale ale concentraţiei uropepsinei în urină sînt cuprinse între 60 şi 250 în 24 ore. S-a remarcat o tendinţă de creştere în prima şi de scădere în cea de a doua parte a schimbului de muncă a eliminărilor urinare de uropepsină.

Calciuria (mg/l) a oscilat între 36 şi 262 (normal 150—300), natriuria (mEq/l) între 51 şi 230 (normal 130—217) iar kaliuria (mEq/l) între 3 şi 116 (normal 11,02—76,90). La cei mai mulţi dintre operatori s-a manifestat o tendinţă la scăderea eliminărilor de calciu, mai accentuate la turbinişti, şi de potasiu mai accentuate la operatorii de la camera centrală.

Valorile individuale ale tuturor indicatorilor urmăriţi au prezentat pe parcursul schimburilor de muncă abateri destul de importante de la valorile medii, variaţii explicate atît prin condiţiile de muncă şi viaţă cît şi prin particularităţile individuale.

Coeficienţii de corelaţie între timpii de latenţă ai răspunsurilor motorii la excitanţii audiovizuali şi ceilalţi indicatori au arătat o slabă corelaţie pozitivă cu numărul erorilor la proba de semnalizare şi o slabă corelaţie negativă cu indicii de cantitate ai atenţiei concentrate.

Discuţii şi concluzii. Analizînd valorile individuale şi centrale precum şi abaterile de la valorile medii ale indicatorilor psihofiziologici şi biochimici menţionaţi au reieşit următoarele concluzii :

Timpii de latenţă ai răspunsurilor motorii la proba de semnalizare cu stimuli audiovizuali în serie, stimuli succedîndu-se la intervale regulate dar alternînd în mod imprevizibil din punctul de vedere al calităţii stimulului, s-au dovedit a fi cei mai valoroşi indicatori. Proba este cu atît mai valoroasă cu cît este mai complexă, adresîndu-se deci unor structuri nervoase superioare. Programul trebuie să fie cît mai apropiat de structura solicitărilor de la tabloul de comandă.

Durata reflexului achilean s-a dovedit un indicator mai puţin sensibil pentru scopul menţionat.

Testele psihologice de tipul „Toulouse-Piéron“ şi „Praga“ sînt valoroase dar necesită condiţii foarte stricte de testare, în sensul asigurării unei ambianţe standardizate. Rezultatele depind în mare măsură de aceste condiţii precum şi de o serie de factori individuali care trebuie analizaţi cu mare atenţie cînd se face interpretarea.

Valoarea eliminărilor urinare de uropepsină este recunoscută de către unii autori ca un indicator valoros pentru aprecierea adaptării. Din lucrarea noastră reiese că valoarea acestui indicator nu o atinge pe cea a timpilor de latenţă ai răspunsurilor motorii la proba de semnalizare.

Eliminările urinare de calciu, sodiu şi potasiu sînt influenţate de numeroşi alţi factori în afara celor profesionali, exceptînd influenţa într-o oarecare măsură a stresului termic şi sonor, precum şi a efortului fizic.

O menţiune specială facem în ceea ce priveşte eliminările de AVM prin urină. Baciu, Derevenco şi colab. arată că, dintre toţi metaboliţii excretaţi prin urină, acidul 3 metoxi—4 hidroximandelic (AVM) reprezintă 20—50%, fiind un indiciu al eliberării catecolaminelor şi putînd servi la cantificarea efectelor stresante, oferind aplicaţii largi în fiziologia muncii şi sportului, patologia cardiovasculară şi endocrină. După Klepping şi colab., creşterea AVM în urină pare a fi un criteriu semnificativ pentru aprecierea capacităţii de adaptare la efort, în plus putînd da indicaţii asupra fizionomiei comportării psihologice şi a caracterului adaptării globale a organismului la efort ; la cei antrenaţi, în formă, fără tensiune psihoemoţională, AVM e foarte scăzut.

In cercetarea noastră, AVM a evidenţiat tensiunea psihoemoţională crescută în schimbul de după amiază şi mai ales noaptea, traducînd efortul pentru menţinerea stării de vigilenţă ; influenţa stresului termic şi sonor la turbinişti ; influenţa favorabilă a efortului fizic neobositor asupra echilibrului psihoemoţional în munca automatizată. Eliminările scăzute şi fără fructuaţii importante ale AVM în urină au coincis în general cu un bun echilibru psihoemoţional şi o bună adaptare cu munca la tabloul de comandă. Eliminări crescute şi cu importante fluctuaţii ale acestui metabolit în urină am întîlnit la operatorii cu labilitate psihoemoţională şi neurovegetativă, în unele cazuri de suprasolicitare intelectuală în afara profesiei precum şi abuz de cafea şi tutun ; unii dintre operatorii din aceste categorii prezentau şi simptome de suprasolicitare.

Senzația subiectivă de oboseală nu poate constitui singură un criteriu de apreciere a solicitării și adaptării, trebuind să fie corelată cu alte criterii.

Credem că, timpii de latență ai răspunsurilor motorii diferențiate la proba de semnalizare audiovizuală asemănătoare cu cea de la tablou, completată cu dozarea AVM în urină, examenul clinico-anamnestic și ancheta socială constituie probele de bază pentru aprecierea solicitării și oboselii operatorilor care lucrează la tablourile de comandă. Alte probe se impun doar în măsura în care apar necesare, în raport de particularitățile muncii și caracteristicile biopsihoindividuale.

MULTILATERALITATEA PERSONALITĂȚII PROSPECTATĂ SUB ASPECTUL IDEALULUI ÎN PREZERVAREA SĂNĂTĂȚII MINTALE

I. Grigoraș, M. Seserman, V. Hrimiuc
— Iași

Conceptul de ideal, implică realizarea multilaterală a personalității umane, realizare care-i asigură individului echilibrul psiho-emoțional, specific omului sănătos.

Definind idealul ca „model superior de realizare umană, către care aspiră orice individ sau generație ; cel mai înalt grad de desăvîrșire conceput pe plan profesional, material și spiritual constituind țelul fundamental care motivează acțiunea oamenilor și care îi asigură echilibrul psiho-emoțional, (n.n.). desprindem cîteva aspecte fundamentale ale problemelor asupra cărora ne vom opri în cele ce urmează.

Se remarcă de la început corelarea idealului intrinsec cu principiul calității (calitate spre care tinde fiecare acțiune umană și care-i finalizează afectiv-emoțional scopul și mijloacele de realizare), raportat la nivelul individului și generației acestuia, proces dialectic specific fiecărei societăți.

Proiectat la nivelul generației, idealul se structurează diferit, funcție de clasa socială, de statutul și rolul individului și grupului, în planul vieții sociale.

Astfel idealul este proiectarea în viitor a scopurilor unui grup social determinat, a unei clase, a unei epoci, ridicarea modului de acțiune corespunzător intereselor forței sociale respective la rang de normă ; conținutul său obiectiv izvorăște din natura scopurilor, intereselor, rolului istoric al grupului social, clasei respective. Trebuie să remarcăm că în planul spiritualității sociale asistăm la un continuu proces de progres, racordat la progresul general al vieții materiale a societăți. În plan practic, asistăm la încercarea de transpunere în viață a principalelor norme sociale și morale. Acest proces cunoaște o evoluție ascendentă în ciuda notelor contradictorii pe care le cunoaște dezvoltarea sa.

Asistăm, in plan teoretic și practic, la o luptă continuă între extremele bine — rău, proces încheiat cu victoria binelui asupra răului. Dar în însuși acest moment binele realizat, obținut sau cucerit intră de cele mai multe ori în sfera istoricului, încît disputa are un caracter continuu, născîndu-se astfel dorința aspirației spre mai bine, mult mai bine, respectiv cel mai bine. Astfel, la nivelul individului, cît și la nivelul generației (excluzînd elementele de ordinul clasei, interesului de orice fel etc. care fac ca în planul istoricului indivizii să nu fie adepții aspirațiilor generației din care fac parte, ci a altor forme structurale), asistăm la un continuu efort ascendent, menit de a transforma natura și societatea funcție de scopurile pe care oamenii și le propun. Realizarea acestui fapt implică instalarea unui echilibru psihic la nivelul personalității individului.

Pentru a deveni ideal, o aspirație trebuie să cuprindă valori sociale și emotive, individuale fără de care omul nu se angajează în luptă. Totodată trebuie să aibe o arie vastă de manifestare și posibilitatea de a se realiza într-un viitor. Fiecare generație are impresia că este în posesia unui adevăr al său, a unor valori noi pe care numai ea le poate realiza. Generațiile se etajează necontenit una după alta, fiecare reprezentînd un tip aparte de viață și de concepție socială.

„Fiecare generație are o problematică a sa care ocupă spiritul tuturor indivizilor care fac parte din ea și determină atitudinea lor politică și socială. Uneori această problematică poate avea motive subiective legate de psihologia vîrstei, dar alteori problematica aceasta e produsul direct al transformărilor sociale. Între diferite generații trebuie să fie în mod logic, un raport de succesiune și de continuitate pentru că transformarea patrimoniului social să se facă în liniște. Totuși mai întotdeauna se ivesc conflicte între generații".

Cei bătrîni identificîndu-se cu instituțiile pe care le-au creat rămîn la ideologia lor de altă dată, de aceea ei înclină spre conservatorism, spre deosebire de generația tînără mobilă, energică, revoluționară. De aceea conflictul dintre generații a devenit un fenomen aproape normal. Tinerii și bătrînii stau pe două planuri deosebite și chiar contrare în ceea ce privește atitudinea lor față de concepțiile politice, sociale și umane. Tineretul a avut întotdeauna înclinații și preferințe pentru doctrine și ideologii sociale progresiste, cu caracter novator.

Idealurile se schimbă o dată cu epocile, cu generațiile și chiar cu indivizii. În viitor se reflectă tendința omului de a se autoperfecționa, de a nu lăsa pradă uitării ziua de azi. Teama de a fi dispărut complet în timp, pradă neantului, îl fac pe om să aspire uneori la mult prea mult, dincolo de limitele realului, cînd societatea nu i le poate satisface. Asistăm astfel la fenomenul de refugiu din fața realității, al visării cu ochii deschiși, predispunînd pe plan psihic la stări depresive. Viața implică o continuă mișcare. Or, această mișcare nu are înțeles decît într-o permanentă luptă de forțe. Luptă conștientă care ar deveni un non sens fără un scop urmărit. Înțelesul vieții devine lămurit numai atunci cînd ai un țel pe care îl urmărești. Fiecare om are un țel imediat în planul activității individuale, un ideal apropiat al vieții, ideal subordonat celui general al întregii omeniri. Acest ideal al unei singure vieți este măsura potențelor individuale, măsură a epocii în care persoana trăiește și a împrejurărilor în care își desfășoară activitatea. Realizarea aspirațiilor psiho-sociale la nivel individual, a căilor, tipurilor și aspectelor concrete de realizare a dorințelor, o continuă îmbunătățire a acestora, o dinamică a exigențelor și autoexigențelor. Astfel de la un bine se aspiră la mai mult, la mult mai bine, pînă a se cristaliza ideea celui mai bun lucru de făcut. O dată realizat, el este transmis ca moment genetic de constituire a altor idealuri de către generația tînără. Trecutul devine astfel modelul de la care pornește generația tînără în conceperea și cristalizarea propriilor idealuri.

Valoarea principiului „cel mai bun lucru de făcut" se impune în următoarele situații : cînd omul are de distins și mai ales nu numai între bine și rău, ci și între ceea ce reprezintă un mai puțin bine și un mai mult bine ; cînd situația concretă a acțiunii pune pe om în fața necesității de a judeca și de a alege între mai multe variante de conduită care traduc valori diferite chiar ale binelui moral ; cel mai bun lucru de făcut, solicită ființa umană spre un astfel de ideal de viață a cărui realizare să asigure omului o personalitate, valorificarea deplină a posibilităților și capacităților sale creatoare. „Cea mai bună valoare pe care o dăm vieții noastre prin alegerea și urmare a unei anumite căi de acțiune, condiționează și cele mai bune fapte în situațiile concrete ale activității și invers. Cele mai bune fapte săvîrșite în cursul concret al activității participă la constituirea valorii personalității omului".

La nivelul fiecărei generații se desprind un ideal dominant, care canalizează idealurile personale și cu care tinde să se indentifice aspirația fiecărui individ. Dar în ansamblu la nivelul vieții sociale asistăm la o dinamică a idealurilor surprinsă în dinamica socială în ansamblu, în care generația constituie o treaptă în calea devenirii sociale. Idealul generațiilor vîrstnice este preluat și depășit de generația tînără și astfel se asigură o permanență a căutărilor de împlinire spirituală la nivelul societății de către fiecare generație. Idealul realizat al generațiilor vîrstnice este dezvoltat de către tineri, iar multilateralitatea dezvoltării materiale a societății și spirituale a oamenilor constituie dominanta generațiilor actuale. Realizarea acesteia implică existența unui echilibru bio-psiho-social, care constituie aspectul fundamental de prezervare a sănătății mintale. Realizarea, împlinirea aspirațiilor, implică la nivel individual echilibru și integritate psiho-socială, nerealizarea ducînd la o serie de perturbații a echilibrului emoțional, iar cînd acest lucru reflectă grave posibilități de acomodare, de adaptare și asimilare a mediului atunci se creează cîmp favorabil instalării stărilor psiho-patologice. O serie de dezechilibre pot fi fructul nerealizării dezideratelor și în ultimă instanță, a obligațiilor sociale de către generațiile anterioare, iar celor de azi rămînîndu-le o sarcină dublă, a înaintașilor, la care se adaugă cea proprie, atunci capacitatea de a răspunde tuturor solicitărilor poate fi pusă la încercare, uneori eșuînd în patologic.

Totodată se manifestă o multiplă diversitatea de tendințe, opțiuni, iar în acest tumult noul, binele trebuie să-și impună linia proprie.

Realizarea idealului este echivalentă cu realizarea echilibrului bio-psiho-social. De aceea, urmărirea și supravegherea concretizării aspirațiilor, dorințelor și cu atît mai mult a noilor idealuri, a multilateralității personalității umane, la nivelul unei societăți multilateral dezvoltate, constituie una din garanțiile sigure a prezervării sănătății în general, a celei mintale în special.

POSIBILITAȚI ȘI LIMITE ÎN SUPRAVEGHEREA MEDICALĂ PRIVIND ADAPTAREA ȘI DEZADAPTAREA FEMEILOR ÎN CAZUL MUNCII ÎN TREI SCHIMBURI CU ALTERNARE SAPTAMÎNALĂ

I. Silion, Gr. Stavri, Al. Călugăr, Corina Găleșanu
— *Iași*

Extinderea, din motive socioeconomice, a sistemelor de muncă în schimburi alternante, inclusiv în sectoarele de activitate în care lucrează femei, are implicații pe multiple planuri. În lucrări anterioare am arătat că este posibilă realizarea, pe parcursul primului an de activitate, în cazul muncii în trei schimburi cu alternare săptămînală, a unei adaptări „de durată", iar, după o perioadă variabilă de timp de la încadrare, la o parte dintre persoane, poate apare un sindrom de dezadaptare, manifestat prin oboseală cronică nevrotică, cu expresie psihică sau psihosomatică. De asemenea, prin muncă prelungită în schimburi alternante, se poate ajunge la creșterea morbidității prin unele boli cronice. Efectele muncii în schimburi au fost menționate și în alte lucrări de specialitate, în ceea ce privește sănătatea persoanelor implicate în acest sistem de muncă. Toate aceste considerente impun existența unei supravegheri medicale speciale pentru femeile care lucrează în schimburi, pe de o parte pentru urmărirea modului cum se realizează adaptarea și eventual ușurarea acesteia, iar, pe de altă parte, pentru depistarea precoce a fenomenului de dezadaptare, și instituirea unor măsuri individuale adecvate. Bazîndu-ne pe metodica și rezultatele obținute de noi în lucrările anterioare privind adaptarea și dezadaptarea țesătoarelor la munca în trei schimburi cu alternare săptămînală, lucrarea de față pune în discuție posibilitățile și limitele supravegherii medicale a femeilor implicate.

Avînd în vedere faptul că, o parte dintre persoane suportă perfect munca în schimburi, inclusiv munca în schimb de noapte pe perioade mari de timp, idealul ar fi să se găsească o metodă pentru selecția medicală, în raport cu capacitatea de adaptare a bioritmului circadian normal la sistemul muncii în schimburi, metodă de care nu dispunem încă la ora actuală. De aceea, unii autori recomandă ca, odată cu examenul medical la încadrarea în muncă, în afara persoanelor care în mod categoric sînt contraindicate a lucra în schimburi, să se selecționeze persoanele a căror stare de sănătate ar putea eventual să fie influențată în sens negativ, și care urmează a fi supuse unor controale periodice, pentru a depista influența negativă asupra stării de sănătate și instituirea măsurilor necesare. În acest scop, se recomandă utilizarea unor chestionare privind datele personale, atitudinea față de muncă, condițiile de muncă, cauzele subiective, deplasarea la locul de muncă, condițiile de viață, starea de nutriție, relațiile sociale etc.

Intrucît, așa cum am arătat într-o lucrare anterioară, este posibilă realizarea unei stări adaptative „de durată“, prin antrenamentul mecanismelor fiziologice și psihologice, pe percursul primului an de activitate după încadrarea în muncă, considerăm că, acest prim an trebuie considerat ca perioadă de adaptare. Ca atare, în primul an de muncă în schimburi cu alternare săptămînală, trebuie realizată o supraveghere medicală, pentru cunoașterea modului în care se realizează adaptarea. Este necesar, după cum rezultă din cercetarea noastră, ca supravegherea medicală să fie făcută, cel puțin la începutul anului, la mijlocul și la sfîrșitul acestuia, și să cuprindă cel puțin un ciclu complet de rotare a schimburilor, care durează trei săptămîni : o săptămînă în schimb de dimineață, o alta în schimb de noapte și, o alta în schimbul de după amiază. Examenul medical trebuie făcut la cabinetul medical dar, este absolut necesară urmărirea adaptării și la locul de muncă, prin stabilirea : cauzelor subiective de oboseală, a frecvenței cardiace, temperaturii orale și, eventual și a productivității muncii. Este necesar să se urmărească parametrii respectivi, cel puțin în prima și ultima zi a săptămînii de lucru, în trei momente reprezentative : înainte de începerea zilei de muncă ; în timpul muncii, la mijlocul zilei ; după terminarea zilei de muncă. Condițiile de examinare înainte de începerea muncii și după terminarea acesteia trebuie să fie identice, pentru comparabilitatea rezultatelor ; se poate aplica una dintre probele cardiovasculare simple, eventual proba Brouha. În timpul activității este necesar să se surprindă momentele reprezentative ale procesului de muncă, după indicațiile cronogramei profesionale. La cabinetul medical trebuie făcut un examen clinic complet, cel puțin odată, în ultima zi a săptămînii de muncă în schimb de noapte, la necesitate recurgîndu-se și la unele examene paraclinice, în raport cu rezultatele examenului clinic. În acest mod, credem noi, este posibil să se precizeze dacă o persoană se adaptează în mod corespunzător sau nu la sistemul muncii în trei schimburi cu alternare săptămînală. Considerăm drept criterii pentru o bună adaptare următoarele : scăderea cauzelor subiective de oboseală, în deosebi în schimburi de noapte ; apropierea valorilor temperaturii orale și ale frecvenței cardiace din timpul muncii de noapte de cele din timpul muncii de zi ; creșterea promptitudinii răspunsului aparatului cardiovascular la solicitarea din timpul muncii și revenirea rapidă a parametrilor acestuia la valorile de repaus, după încetarea muncii ; o bună stare de sănătate, pe plan subiectiv și obiectiv. Aceste modificări trebuie să apară în cea de a doua parte a anului. În paralel cu urmărirea după metodele amintite, este necesar să se stabilească, cu ajutorul unor fișe tipizate, condițiile de muncă și de viață ale persoanelor respective, care au fost selecționate încă de la încadrarea în muncă.

Dacă, pe parcursul primului an de muncă în schimburi, s-a realizat o bună adaptare, persoana în cauză este sănătoasă și nu are solicitări deosebite profesionale și extraprofesionale, este suficient ulterior, un cotnrol medical anual, utilizînd aceiași metodică, pe parcursul unui ciclu complet de rotare a schimburilor, adică trei săptămîni, cu o maximă atenție după vîrsta de 35 ani. Dacă este vorba de solicitări importante, examenele se pot face la intervale mai scurte de timp, eventual la 6 luni. Totdeauna se va recurge și la alte examene clinice sau paraclinice, dacă este necesar. Considerăm drept criterii de bază pentru diagnosticul dezadaptării, în afara agravării unor afecțiuni cronice preexistente, următoarele : creșterea numerică și ca intensitate a acuzelor de oboseală, în deosebi în timpul muncii de noapte, precum și tendința de permanentizare a lor ; scăderea promptitudinii răspunsului aparatului cardiovascular la stresul profesional, și revenirea lentă a parametrilor acestuia, după încetarea muncii ; instalarea progresivă a unei stări nevrotice. În sindromul de dezadaptare, temperatura orală poate rămîne la valori apropiate între munca de noapte și cea de zi. În cazul apariției eșecului adaptativ, se vor stabili factorii contribuitori, și se va încerca, printr-o strînsă colaborare cu conducerea întreprinderii, diminuarea pînă la înlăturare, a acestora, din mediul de viață și muncă, în primul rînd a acelora care au o pondere mai importantă în apariția dezadaptării. În acest mod, se poate preveni o eventuală afecțiune psihică și psihosomatică.

În cazul unei afecțiuni care în mod cert este agravată prin munca în schimburi, indiferent de condițiile de muncă și viață, persoana în cauză este scutită de muncă în schimbul de noapte.

Intrucît, în cazul concret al muncii femeii după sistemul muncii în schimburi, factorii socio-familiali joacă rolul cel mai important în condiționarea fenomenului de dezadaptare, măsurile care trebuie întreprinse depăşesc competenţa medicului, fiind necesară o largă colaborare cu toţi factorii de răspundere de la nivelul întreprinderii şi din afara ei.

Considerăm ca prematură stabilirea unor contraindicaţii medicale ferme pentru munca în trei schimburi cu alternare săptămînală, contraindicaţii care să poată fi considerate ca general valabile, întrucît nu se cunosc în suficientă măsură toate aspectele privind adaptarea şi dezadaptarea la munca în schimburi. Este posibilă însă adoptarea unei metodici de urmărire medicală adecvată sistemului muncii în schimburi, care să poată fi aplicată la nivelul dispensarelor de întreprindere, cu rezultate satisfăcătoare, cel puţin pentru etapa actuală, în acest scop a fost efectuată lucrarea noastră, pe care o recomandăm pentru practica de medicina muncii.

PSIHIATRIA CONTEMPORANĂ : O ARTĂ ŞI ŞTIINŢĂ
PSIHIATRIA VIITORULUI : O ŞTIINŢĂ ŞI ARTĂ

K. Bartha, Veronica Benedec, I. Mikloş, Irina Popescu, Eugenia Moldovan, E. Williger, D. Huţiu, Gh. Drăgănescu
— *Arad*

Indubitabil că psihiatria, reprezintă o disciplină medicală dificilă complexă şi totodată fascinantă, întrucît ea se ocupă de studiul cauzal şi terapeutic al celui mai elevat fenomen biologic reprezentat de psihismul uman.

Problematica psihiatriei contemporane este abordată printr-o prismă analitico-sintetică cu un pronunţat caracter interdisciplinar şi aceasta în primul rînd datorat înrîuririi, amprentării civilizaţiei tehnice asupra celei morale, ceea ce face ca cercetarea fenomenologiei psihice să fie înscrisă în coordonatele cercetării fundamentale contemporane. Vom purcede la abordarea acestei minunate fenomenologii, în lumina punctului de vedere interdisciplinar amintit şi în care spiritul fizicii clasice şi „moderne“ deţine un rol prioritar aşa cum vom vedea din cele ce urmează.

Teoria atomistă, considerată şi reconsiderată prevalent sub aspectul ei energetic, ne permite o nouă înţelegere, o nouă viziune în intimitatea materiei fie ea fizică sau biofizică. Consideraţiile noastre privesc în primul rînd existenţa în univers a două cîmpuri de forţă, de energie, reprezentate de energia gravifică şi electronomagnetică, ca fiind forţe PRIMARE, FUNDAMENTALE ; dealtminteri nu excludem o idee unicistă, monistă cu privire la existenţa de facto a unei singure energii, cea electromagnetică şi energia gravitaţională să nu fie altceva decît o formă „condensată“ a acesteia. Oricum ar fi, între aceste două forme energetice admitem un echilibru dinamic, invers proporţional, de asemenea o reversibilitate şi o convertibilitate pînă la un punct şi moment dat al acestor două energii ; cu alte cuvinte admitem că cu cît energia gravitaţională este mai mare cu atît cea electronomagnetică este mai mică şi invers, adică cu cît energia gravifică este mai mică, forţa, valenţa ei electronomagnetică va fi mai mare şi cum spuneam între ele există deci un raport echilibrat, invers proporţional şi reversibil pînă la un punct şi moment dat, reversibilitate energetică ce primează îndeosebi în cazul în care avem în vedere universul biologic.

O altă consideraţie ne permitem cu privire la existenţa undelor de materie (cîmpuri de forţă a legăturilor chimice) pe care nu le asimilăm ca energii în sine, ci mai degrabă energii secundare, energii rezultante din acţiunea şi interacţiunea celor două forme energetice pe care le-am considerat ca fiind primare, ca fiind fundamentale. De asemenea credem că, cu adevărat fundamentale sînt numai cîteva particole, recte protonul, neutronul, electronul şi poate fotonul, cu corespondentul lor „anti“, iar multitudinea particolelor cunoscute ca fiind mai mult sau mai puţin efemere să nu fie altceva decît „momente“ de interacţiune a celor trei sau patru particole considerate de către autori drept „pietre de temelie“ ale materiei. În sfîrşit, o a patra şi totodată ultimă consideraţie introspectivă în fizica teoretică este aceea cu privire la dimensiunea, la diametrul nucleului de hidrogen pe care, alături de constanta lui Planck şi viteza luminii, îl considerăm ca fiind o a treia unitate de măsură universală a naturii.

Aceste interpretări teoretice ne conduc la premisele unui concept unitar, ale unui cîmp, ale unei teorii unitare de înţelegere a materiei, de înţelegere a unităţii universului fizic şi biofizic, urmînd ca formulările fizico-matematice să fie clarificate şi dezvoltate într-o altă lucrare pe care o vom intitula : „Bioelectronomagnetica şi mecanismele intime ale materiei vii“, formulări care de pe acum vor avea amprenta elementului de posibilitate, de „potenţia“, de judecată sintetică a priori.

Aşadar cu aceste consideraţii ne permitem elaborarea unui concept, a unei teorii submoleculare de înţelegere a intimităţii materiei şi îndeosebi a biologicului, a fenomenologiei psihice care, de fapt, interesează în primul rînd autorii în prezenta lucrare. Conform teoriei electromagnetice sau, mai corect exprimat, bioelectromagnetice, admitem existenţa unei noi unităţi de referinţă în materia vie, unitate predominent funcţional energetică, pe care am denumit-o bioatom sau biotron.

Recunoaştem existenţa a două grupări biotronice extreme : biotron „predominant“ de structură ; biotron „predominant“ de funcţie.

Biotronul de structură sau mai exact cel cu rol predominant de osatură, de structură, este constituit în centrul său de patru atomi de carbon care realizează baza unei piramide şi totodată dispun de o energie de tip gravitațional, care de fapt este o energie electromagnetică extrem de condensată, ce dispune de un oarecare reia notația Ec+ reprezintă energia electronomagnetică cu potențial de acțiune și interacțiune. În stînga bazei piramidale se realizează o „antipiramidă", o „umbră", dreapta bazei se realizează o piramidă „pozitivă", la capătul căreia notația Ec+ reprezintă energia electronomagnetică cu potențial de acțiune si interacțiune. În stînga bazei piramidale se realizează o „antipiramidă", o „umbră", o imagine în oglindă a piramidei pozitive și pe care o considerăm ca fiind „negativă". Biotronul predominant de funcție este constituit dintr-o bază piramidală în alcătuirea căreia intră șase atomi de carboni și acest biotron prezintă o capacitate de acțiune, interacțiune și totodată o capacitate mult sporită de emisie undiformă de energie bioelectronomagnetică de frecvențe variabile și de anumite lungimi de undă.

Energia biotronului este realizată în urma unui proces de fotobioelectronogeneza, prin care se realizează energia fundamentală a materiei vii, energie de natură bioelectronomagnetică, avînd diferite lungimi de undă în funcție de natura intrinsecă a biotronului, calitate conferită de codul bioelectronogenetic, pe de o parte, și pe de altă parte, frecvența și lungimea de undă este în funcție de numărul și modalitatea de înlănțuire geometrico-spațială a biotronilor funcționali sau, mai corect spus, a biotronilor predominanți de funcțiune. Ne permitem să amintim că un „defect biotronic" privind codul biotronogenetic sau un defect cu privire la înlănțuirea geometrico-spațială amintită atrage după sine, în funcție de intensitatea amintitelor defecte, modificări mai mici sau mai mari în funcționalitatea biotronului, a celulei, al organului sau organismului, asistînd în acest caz la modificări de ordin patognomonic și patologic chiar și în psihismul uman.

Conchidem deci că biotronul este o unitate submoleculară a materiei vii, unitate predominent funcțional-energetică și care prezintă o energie fundamentală de natură electronomagnetică. Din această energie bioelectronomagnetică, fundamentală și nespecifică se realizează o energie specifică, recte energia psihică, în urma unor procese de prelucrare, concentrare și potențare al energiei nespecifice. Hipotalamusul, îndeosebi prin nuclei posteriori — zonele Hess — constituie un veritabil centru nodal de stocare, de prelucrare și filtrare a energiei nespecifice într-una specifică (energie pe care o considerăm ca avînd lungimi de undă extrem de mici) și totodată reprezintă o haltă intermediară de amplificare, potențare și totodată de integrare pînă la un punct al acestei energii psihice. Credem deci că hipotalamul, întregul sistem reticulat, scoarța rinencefalică, îndeosebi prin porțiunea orbitală a lobului frontal, constituie un sediu important de realizare și integrare al acestei energii specifice. În ultima analiză această energie este reprezentată de cuante bioelectronomagnetice, energii cu lungimi de undă, foarte mici, cu frecvență foarte mare, fiind vorba în ultima analiză de electronii hidrogenului, afirmație cu care sperăm să nu știrbim cu nimic farmecul și candoarea volitivului, afectivului, al intelectului uman.

Biotronii recunosc trei modalități principale de comunicare, de acțiune și interacțiune: a) comunicare intrabiotronică realizată de *influxul* bioelectronomagnetic în cadrul geometrico-spațial piramidal al biotronului; b) comunicare interbiotronică realizată de către *fluxul* bioelectronomagnetic între biotroni sau între diferite grupări biotronice; c) comunicare extrabiotronică realizată tot de către un *flux undiform*, bioelectronomagnetic cu mediul ambiant. În această ultimă formă de comunicare se înscriu fenomenele „psi — para", respectiv, telepatia, telechinezia ș.a.m.d. Ne permitem să precizăm că amintitele cuante bioelectronomagnetice, îndeosebi sub forma fluxului undiform al biotronilor predominant funcțional din subcortex, pot avea viteze ce depășesc cunoscuta viteză a luminii, afirmație ce nu controvine mecanicei cuantice întrucît, în cazul de față, este vorba de universul biologic și nu de cel strict fizic.

Așadar, întrucît sîntem în fața unor considerații teoretice cu privire la natura psihismului ce urmează a fi mai degrabă confirmate decît infirmate într-un viitor foarte apropiat, psihiatria de azi, psihiatria contemporană este încă dominată de valența, de componenta ei artistică care primează deci față de valența ei științifică, ceea ce ne determină să afirmăm că astăzi psihiatria constituie mai degrabă o artă a vindecării. Însă, în mod neîndoielnic, într-un viitor foarte apropiat va prima componenta ei științifică, ceea ce însă nu va afecta cu nimic și nici nu poate compromite nucleul afectivo-artistic al psihiatriei, întrucît psihiatria fie de azi sau de mîine este și rămîne o artă și știință sau o știință și artă în egală măsură.

LOCUL PSIHOPATOLOGIEI INFORMAȚIONALE ÎN PROBLEMATICA PSIHIATRIEI VIITORULUI

V. Hrimiuc, R. Chiriac
— *Iași*

În epoca contemporană se conturează tot mai pregnant faptul că informația nu are numai o semnificație gnoseologică, ci și una ontologică. Preconizarea unei științe medicale informațională, a unei patologii și a unei nosologii, constituie o abordare originală de avangardă, deoarece știința așa cum arată Cl. Bernard nu este alcătuită numai din fapte ci și din idei formulate prin fapte.

Abordarea informațională în patologie în condițiile exploziei informaționale, dar și a foamei de informații, în contextul civilizaţiei moderne, au impus dezvoltarea ştiinţelor automatizării operaţiilor gnos-informaţionale, în vederea reducerii eforturilor şi sarcinilor sistemului nervos, găsindu-şi aplicativitate în medicină biologie, psihologie, sociologie etc.

Dificultatea stabilirii valorii şi limitelor în sectorul vieţii morbide, în patologia regîndită informaţional, implică reaşezarea într-un sistem a celor mai actuale probleme ale medicinii.

Necesitatea elaborării unui nou concept al informaţiei, fundamentat antropologic şi dimensionat psiho-genetic, se impune deoarece sensul în care informatica tratează în prezent informaţia nu este aplicabilă psihicului uman. Cunoştinţele noastre privind unele afecţiuni cum ar fi ateroscleroza, hipertensiunea arterială sau bolile neuropsihice, nu sînt perfect lămurite, vorbindu-se de o pluricauzalitate, din care nu se poate evidenţia însă, cauza esenţială, fără de care nu s-ar putea produce starea de boală. În acest context pluricauzal se vorbeşte de factori de risc care pot sau nu produce boala punînd în faţa medicinii moderne probleme greu de rezolvat.

Aceste afecţiuni nu pot fi studiate numai în laborator sau spitale deoarece se surprinde numai o anumită secvenţă a bolii, iar în condiţiile vieţii moderne factorii nocivi s-au multiplicat iar relaţiile organismului cu mediu nu mai pot fi ignorate, impunîndu-se investigarea omului sănătos, condiţiile sale de viaţă şi muncă, factori care intervin în determinismul trecerii de la starea de sănătate la starea de boală.

Studierea patologiei umane presupune prelucrarea superioară a informaţiei fenomen care este specific uman. Integrarea, reglarea, adaptarea solicitate tot mai mult de viaţa modernă contemporană, nu pot fi abordate după unii autori bolile cronice degenerative reprezintă expresia unor tulburări de reglare, iar bolile civilizaţiei expresia unor tulburări de adaptare la consecinţele proprii noastre civilizaţii. În acest sens, abordarea patologiei umane, priveşte omul în cadrul relaţiilor sale informaţionale mult mai complexe, mai subtile şi ascunse uneori în spatele relaţiilor substanţial-energetice. Descoperirea acestor relaţii ar putea ajuta cercetătorul să înţeleagă mai bine procesul informaţional-decizional, privind apariţia şi dezvoltarea într-un mediu a organismului uman.

Perturbarea acestui proces pe lîngă cel substanţial-energetic, stă de fapt la baza tuturor bolilor, deoarece informaţia apare oriunde există schimburi materiale şi energetice.

Componenta informaţională din lumea vie nu mai poate fi astăzi ignorată, deoarece ea nu se referă numai la latura cognitivă sau la o antropologizare excesivă. Ea cuprinde de fapt şi aspectul structural, organizarea spaţială a diferitelor molecule care intervin în autoreglarea complicatelor procese biochimice din organism, şi în acest sens informaţia reprezintă pasul care trebuie făcut pentru a trece de la chimie la biochimie, la genetică, imunologie şi biologie moleculară. În orice boală din punct de vedere al patologiei informaţionale ordinea şi dezordinea sînt noţiuni legate de informaţie, iar viaţa este caracterizată prin păstrarea ordinei.

Cu toată influenţa negativă a unor factori de mediu, ordinea, pentru a fi menţinută, presupune intervenţia unor factori cum ar fi informaţia ereditară, care determină din multitudinea de stări posibile, o anumită stare viitorului organism. Informaţia este deci măsura ordinii şi organizării fiinţelor vii, este viaţa şi sănătatea, reprezentînd o negentropie potenţială, după cum negentropia nu reprezintă decît o informaţie potenţială. Organismul se află totuşi undeva între ordine şi dezordine, deoarece dacă şi-ar păstra o ordine perfectă ar fi adaptat unor anumite situaţii, dar inadaptabil altor situaţii întîmplătoare. Ordinea presupune un sistem, iar elementele sale pot fi însuşiri sau fenomene care la rîndul lor sînt şi ele sisteme, organismul uman fiind format din sisteme în sisteme, un complex optimal deschis, care face un schimb continuu de substanţe şi energie cu mediul, primind continuu o anumită cantitate de informaţie.

Analogia dintre nutriţie şi informaţie pune pe acelaşi plan necesitatea fiziologică indispensabilă şi vitală de a comunica, cu alimentarea, deoarece fără informaţie omul moare ca şi fără hrană. Avînd nevoie de informaţie pe care o primeşte şi o transmite, organismul este format din traductori care codifică informaţia şi o transmite spre scoarţa cerebrală, unde o prelucrează şi o dirijează către „destinatori“ care îndeplinesc comenzile corespunzătoare informaţiilor primite. Prin acest sistem hipercomplex circulă informaţia venită din afară cît şi de informaţia de reglaj venită dinăuntru. Omul trăieşte deci într-un cîmp informaţional care exercită asupra organismului anumite influenţe uneori nefavorabile determinînd apariţia unor îmbolnăviri la nivel molecular, celular, la nivelul unui organ sau sistem. Desigur, la nivelul molecular (molecula de ADN), schimburile de informaţii prin mutaţii, poate duce la sinteza unor proteine alterate care vor constitui substratul biochimic al unor boli cu pronunţat caracter informaţional. Totuşi, fără aceste mutaţii nu ar fi fost posibilă evoluţia lumii vii, chiar dacă uneori pot fi şi ele folositoare.

Informaţiile însă se recepţionează, se transmit şi se combină după reguli destul de precise. Cu cît are de prelucrat o cantitate mai mare de informaţie creerul se abate de la algoritmul ce i s-a oferit. Astfel, imensa cantitate de 10^{11} biţi care asaltează în fiecare secundă receptorii şi din care numai 10^{7} biţi reuşesc să ajungă în sistemul nervos, determină numeroase abateri încît algortimul devine de nerecunoscut. Tocmai în acest salt informaţional este posibil să constea acea „glandă a hazardului“ de care vorbeşte metaforic M. Maliţa şi care ar sta la baza imaginaţiei, fanteziei, atît de necesare în procesul de creaţie.

Creerul evaluînd informaţiile primite stabileşte valoarea de fals, de adevăr, de posibil, de util etc. şi determină înăuntru persoanei acţiuni conflictuale, care duc pînă la urmă la adoptarea unei decizii cît mai adecvate. Justeţea deciziei este dificilă de apreciat de un observator din afară care dispunînd de o altă structură de alte informaţii, se află într-un alt sistem de referinţă.

Informaţia este absolut necesară omului pentru a-şi păstra ordinea şi absenţa denaturarea ei poate să producă stări morbide prin intermediul factorilor toxici, infecţioşi, traumatici etc., iar pe de altă parte informaţia însăşi poate produce anumite îmbolnăviri. Organismul reacţionează la primirea informaţiilor în aşa fel încît să-şi păstreze sănătatea şi în condiţiile modificării cîmpului informaţional. Totuşi căile de conducere au o capacitate limitată, iar depăşirea acestei capacităţi, chiar în cazul unor informaţii utile şi necesare nu vor mai putea ajunge la locul cuvenit constituind cauze de îmbolnăvire. Oare nu în sensul depăşirii capacităţii de transmitere şi de prelucrare a informaţiei ar trebui înţeleasă pluricauzalitatea unor afecţiuni ? Supraîncărcarea cu informaţie fără alterarea mijloacelor de protecţie (pragul de excitabilitate, obişnuinţa, inhibiţia etc.), poate determina apariţia stării de oboseală care reprezintă ea însăşi un mijloc de protecţia antiinformaţională a organismului. Se admite că oboseala este direct proporţională cu cantitatea informaţiilor pe care organismul le-a prelucrat. Atingerea acestui nivel duce la declanşarea unui mecanism de feedback pentru începerea procesului de recuperare, pentru menţinerea homeostaziei şi în special a homeostaziei informaţional-decizionale.

În oboseala patologică senzaţiile neplăcute nu dispar după odihnă, capacitatea de efort nu se reface şi astfel apare cronicizarea care nu se identifică totdeauna cu ireversibilitatea. V.V. Kovalev descrie un tablou clinic de neurastenie de epuizare care pînă la un punct s-ar identifica cu forma simplă a neurasteniei clasice. În producerea acestor stări trebuie să avem însă o înţelegere mult mai largă. În cîmpul informaţional în care trăieşte omul informaţia poate fi generată nu numai de procesul muncii, ci şi de mediul în care se desfăşoară ea, de asemeni mai poate fi generată şi de mediul intern (oboseală după viroză, pneumonii etc.), care de fapt este produsă de marea cantitate de informaţie structurală macromoleculele străine ce au pătruns în organism şi care pot reprezenta excitanţi nespecifici ai sistemului nervos central. În acest sens putem vorbi de „Sindromul de agresiune informaţională“ atunci cînd mijloacele de protecţie antiinformaţională au fost depăşite fie că ele provin din mediul extern, mediul intern sau mai ales cînd acţionează simultan. În oboseala cronică excitabilitatea musculară este cu peste 60% mai scăzută faţă de martorii sănătoşi fapt ce demonstrează că informaţiile sînt receptate de celulă şi determină modificări electrolitice, observate în majoritatea bolilor neuropsihice. Unele forme de nevroză, ca boli funcţionale pot fi întrerupte ca o tulburare a circulaţiei informaţiei prin sistemul de reglare şi prin intrarea în sistem a unor informaţii care nu erau necesare în acel moment. Capacitatea limitată a canalelor transmiţătoare determină o tulburare a circulaţiei informaţiilor ajungîndu-se la o desincronizare ca în cazul dischineziilor biliare, colitelor spastice etc. De fapt, din punct de vedere a patologiei informaţionale toate bolile în stadiul lor funcţional ar reprezenta tulburări ale mecanismelor ciberneticei de reglare a homeostaziei.

Psihogeniile reprezintă cazuri tipice de boli produse de informaţii primite din afară, deoarece factorii psihogeni nu sînt decît informaţii generate de situaţiile mai deosebite, în care se găseşte omul, conştient de propria lui existenţă, informaţii care pot suprasolicita şi tulbura mecanismele de protecţie ale organismului.

Psihiatria ca disciplină medicală integrativă, antropologică şi socială, cu multiplele ei implicaţii biologice, psihice şi sociale, îşi poate găsi aderenţa la psihopatologia informaţională, prin pluricauzalitatea etiologică, privind perturbarea informaţiei structurale interne de reglaj, a homeostaziei informaţional-decizionale cît şi a agresiunii informaţiilor provenite din mediul extern.

Cercetările viitoare de biochimie moleculară şi inginerie genetică, imunologie, precum şi ale mecanismelor de reglare cibernetică a homeostaziei, vor putea clarifica multe din aspectele medicinei contemporane.

VIITORUL PSIHIATRIEI SAU PSIHIATRIA VIITORULUI, TEMERITATEA UNOR PREDICŢII

N. Damian
— *Bucureşti*

Inerenţa unor modificări fundamentale în structura economică şi politică a societăţii viitorului va atrage după sine şi schimbări în ceea ce priveşte conceptul despre valoare, despre scopurile omului, despre conduita personală a acestuia. Dacă este să reţinem modul concis în care OMS-ul a definit idealul sănătăţii publice drept o bună stare din punct de vedere fizic, mental şi social, ultimile două noţiuni ne atrag atenţia asupra problemelor care ne interesează, iar necesitatea tratării lor simbiotice se lasă dedusă.

Analizînd eforturile contemporane de utilizare emancipatoare a tehnicii, de promulgare a unor tehnologii alternative şi a altor tendinţe ce-şi manifestă prezenţa în diverse strategii mondiale, trebuie să remarcăm şi faptul că centrul de preocupare ad medicinii se deplasează lent, dar sigur, de la entitatea maladiei spre studiul individului ca întreg, în condiţiile habitantului său, trăind într-o adevărată eră a ecologiei în care însă nu trebuie să scăpăm din vedere ideea „umanizării tehnologiei“ (E. Fromm).

Considerînd sistemul social ca un sistem generat de procesele de interacţiune, pe plan socio-cultural, între mai mulţi indivizi, e de presupus că o persoană nu participă permanent cu toată vigoarea şi întreg patosul ei în acest angrenaj. Din „set“-ul motivaţional se lasă antrenat doar acel fragment legat în mod specific de relaţiile interpersonale, fragment în care atitudinile şi dinamica lor sînt desemnate prin concepţia bine cunoscută a „rolului" și „statului". Conservarea sau schimbarea acestora atrag după sine modificări în comportamentul și starea persoanelor care constituie sistemul social și, implicit, a sănătății lor.

Dintr-o incidență sociometrică, pornind de la renumita întîlnire buberiană EU-TU, căreia i-ar reveni menirea dezvăluirii esenței umane, actul și principiul întîlnirii între două sau mai multe persoane presupune apariția și consolidarea unor relații de preferință, simpatie sau ostilitate. O mare diversitate de viitoare constelații sociale, deosebindu-se în ceea ce privește structura și extensiunea lor, vor avea ca numitor comun tocmai această legătură preferențială, simpatică, dintre oameni, dintre aceștia și rolurile lor.

Fără a fi seduși de ceea ce, la prima vedere, ar însemna o modă, deodată cu Wiener și Ashby, putem face o analogie între sistemul cibernetic și cel social, amintind, în primul rînd, caracterul de integralitate. Expresia acestuia e dată de cantitatea de informație grație căreia în societate accidentalul e prelucrat în sensul finalității lui, asigurînd existența și echilibrul părților componente ale structurii, cu alte cuvinte sănătatea mentală a fiecărui individ. Prin conexiunea inversă sistemul social e protejat de influența hazardului, conferindu-i-se homeostazia. De altfel nu e dificil de relevat similitudinea dintre viziunea cibernetică asupra stării de sănătate mentală a omului și viziunea antropologică ce pune accentul pe nevoile psihice fundamentale : răspunsul afectiv, securitatea și noutatea (R. Linton). Cînd însă modificările viitorului ar fi să scape controlului feed-back, entropia ca echivalent al dezordinii și dezechilibrului, va crește și sănătatea oamenilor va fi periclitată. Firește, asemenea perturbații vor fi mai frecvent posibile, și sînt deja evidente, în societățile cu o anumită structură social-politică.

În acest sens noțiunea și conceptul de anomie a devenit mai actual ca oricînd. La vremea sa Marx, analizînd lupta de clasă, descria și alienarea omului ca pe o conștientizare individuală a contradicțiilor capitalismului astfel încît se poate susține că, deseori, conflictul psihopatogenetic al individului este repercursiunea într-o ființă particulară a conflictelor generate de societatea capitalistă, remediul, terapia, constînd în transformarea acesteia. Însă numai un spirit ignar s-ar limita la atît dacă ar fi să se refere la societatea contemporană în care, după Baruk, primează incompatibilitatea între individ și social.

K. Horney vede originea nevrozelor în deosebirea dintre ideologia claselor de jos, în care prevalează fraternitatea și valorizarea sacrificiului, și ideologia claselor de sus impregnată de concurență și luptă pentru statut.

Din cele expuse mai sus reiese că sanogeneza, psihiatria viitorului, vor trebui să fie, în primul rînd, la ordin profilactic, promovînd pe plan individual autoactualizarea propriilor potențialități ; adaptarea prin integrare ca reacție adecvată la stress frustare, adversitate dar și la succes ; perceperea realității, sinonimă cu a avea simțul realului ; autonomia în ceea ce privește acceptarea, rejecția ori decizia personală în cadrul colectivității. Pe plan social modul de viață al omului, caracterul relațiilor interpersonale, asanarea psihică a mediului rezidențial, rezolvarea optimă a chestiunii loisir-ului, igiena muncii, standardul de viață.

Dar pentru ca psihiatria viitorului să nu fie asaltată de o vastă problematică, ea va trebui să joace un rol mult mai mare în organizarea societății viitorului.

PROBLEME ȘI CORELAȚII ÎNTRE FORMULAREA DIAGNOSTICULUI PSIHIATRIC ȘI DIFERITE SITUAȚII EXISTENȚIALE ALE BOLNAVULUI PSIHIC

C. Postelnicu, Monica Chiriac, Katalina Vasakos, O. Driga
— Iași

Individul sănătos, normal psihic sau bolnav mintal este tot mai frecvent confruntat cu consecințele previzibile sau imprevizibile ale etichetei pe care a primit-o din partea unor organe sau foruri mai mult sau mai puțin competente în ceea ce privește aprecierea stării sale psihice la un anumit moment al existenței sale.

Psihiatria constatativă a stării psihice a anumitor membri ai societății sau anumitor colectivități cu statut special a devenit o latură deosebit de importantă și frecventă a activității cotidiene din țara noastră a corpului de psihiatrie din policlinici, L.S.M. și spitale. După aprecierile unor colective psihiatrice ea ajunge să reprezinte uneori 30% sau chiar mai mult din bugetul de timp al activității profesionale ce revine unui psihiatru de profil general.

Diagnosticul psihiatric capătă în prezent valoarea unei etichete cu implicaţii şi corelaţii sociale care interesează tot mai numeroase medii şi tot mai mulţi factori de decizie. Este necesar să subliniem totodată că receptarea diagnosticului psihiatric este însoţită de un grad variabil de comprehensiune, generat de numeroşi parametri ai mediului socio-cultural în care acesta este enunţat. După datele observaţiilor noastre el are cele mai percutante rezonanţe asupra însuşi individului care îl poartă, familiei acestuia, colectivului său de muncă, cît şi asupra unor anumite medii oficiale sau sisteme organizaţionale pentru care eticheta psihiatrică îmbracă semnificaţii deosebite. (organe de urmărire penală, justiţie, armată, comisii de expertiză a capacităţii de muncă etc.).

Din ce în ce devine mai evident pentru psihiatrii din reţeaua de bază a asistenţei de specialitate necesitatea ca diagnosticul psihiatric să capete un caracter tot mai operaţional şi tot mai legat de situaţia concretă pentru care este solicitat. Modelul medical nosologic care domină activitatea psihiatrică clinică contemporană, axat pe entităţi morbide reprezentînd în ultimă instanţă abstracţiuni ale gîndirii clinice nu este de natură a favoriza pe practicianul psihiatru în anumite situaţii concrete ale unui individ sau bolnav psihic care reprezintă implicaţii evidente pentru anumită problematică socio-profesională şi existenţială. Nu este în intenţia noastră de a minimaliza susţinerea conceptului medical nosologic în domeniul activităţii psihiatrice cotidiene, ci de a sublinia necesitatea complementării sale cu aspecte operaţionale impuse de o anumită comandă socială. Diagnosticul nosologic polarizează în în prezent gîndirea psihiatrică, valorizează pregătirea profesională a psihiatrului, are avantajul de a-şi găsi corespondenţe şi corelate în clasificaţii oficiale, baremuri, doctrine oficiale etc., ceea ce-i asigură un ascendent social. în sensul fiabilităţii, deloc neglijabil. Diagnosticul operaţional este dimpotrivă concret, individualizat, legat de o anumită siutaţie în care este implicat individual, de regulă mai puţin cu implicaţii directe medico-terapeutice, şi mult mai mult de o anumită comandă socială (expertize, selecţionări, orientări profesionale, recrutări, încorporări etc.). El angajează direct administrativ-birocratic şi adeseori juridic responsabilitatea profesională a psihiatrului, are o dinamică legată nu atît de datum-ul nosologic existent la un moment dat, ci de contextul situaţional, existenţial al individului în raport de anumiţi parametri psiho-socio-culturali sau juridic-administrativ etc.

Pentru psihiatru angajat în situaţii de examinări în vederea încadrării în cîmpul muncii a diverşi solicitanţi, cît şi în activităţi de mare semnificaţie şi responsabilităţi sociale precum expertizarea capacităţii de muncă, avize pentru şcolarizări sau profesionalizări în diverse domenii ale învăţămîntului special, general, profesional, universitar etc., recrutări şi încorporări în forţele armate, stabilirea aptitudinii şi capacităţii de a presta anumite profesiuni (ca spre exemplu în siguranţa circulaţiei rutiere, feroviare, navale, aeriene etc.), situaţii de recomandaţii pentru întreruperea cursului normal al sarcinii etc. diagnosticul psihiatric îmbracă un caracter evident operaţional pentru momentul în care este solicitat, dar şi un caracter implicit predictiv, uneori pentru perioade de timp care echivalează cu mai mult decît existenţa socialmente productivă a individului. Dat fiind numeroasele riscuri, de cele mai multe ori imprevizibile, pe care le comportă o etichetă de boală psihică actuală, comemorative sau antecedente de suferinţe psihice cu semnificaţie psihiatrică cît şi eticheta de absenţă a tulburărilor psihice cu semnificaţie psihiatrică în domeniul efectuării examenului de către un medic de specialitate socotim că este necesar a accentua asupra caracterului limitat ca fiabilitate a predicţiei comportamentale bazată exclusiv pe o examinare psihiatrică de rutină. Datele noastre de observaţie sugerează necesitatea de a utiliza în situaţii cu asemenea implicaţii formule nonangajante atît pentru psihiatru cît şi pentru solicitant de a dimensiona eticheta psihiatrică exclusiv în baza unor criterii clinice şi a reduce la minimum aprecierile predictive. Deoarece în nici o doctrină oficială nu este prevăzută în mod expres obligaţia pentru psihiatru de a efectua predicţii comportamentale, socotim ca acest domeniu să fie lăsat la dispoziţia organelor şi forurilor de decizii în măsură de a efectua prognoze comportamentale în baza altor criterii evident mai fiabile şi deja acceptate în practica socială (examene psihologice, referinţe, caracterizări de serviciu, dosare personale etc.), examenul psihiatric rămînînd a fi numai o verigă tehnică a unui întreg lanţ de acţiuni. Subliniem însă necesitatea ca în anumite situaţii particulare (dreptul de a purta arme, stabilirea aptitudinii şi capacităţii de a lucra în anumite munci de o responsabilitate deosebită ca spre exemplu cele legate de siguranţa circulaţiei, activităţi în subteran etc.) contraindicaţiile să fie formulate explicit şi fără putinţă de echivoc, pe cît posibil prin raportarea în concret la anumite acte normative oficiale.

Mult mai rar pot apare situaţii în care să se solicite corelaţii între un diagnostic psihiatric şi situaţii din trecutul celor care l-au purtat în anumite circumstanţe puse sub semnul întrebării ca avînd implicaţii cu anumite aspecte comportamentale. Aspectele care apar în asemenea situaţii impun de regulă expertize laborioase cu concluzii în care trebuie luate în seamă numai date de fiabilitate medico-psihiatrică indubitabilă.

Dat fiind consecinţele pe multiple planuri ale vieţii sociale pe care le implică prezenţa în traiectul existenţial al unei persoane a unui diagnostic psihiatric formularea şi consemnarea sa în înscrisuri devin elemente de o importanţă de prim plan în activitatea psihiatrică curentă. Observaţiile noastre ne indică importanţa mereu crescîndă pe care o are în practica vieţii sociale documentaţia adjuvantă de susţinere a diagnosticului cu alte cuvinte spus fiabilitatea sa documentară exprimată prin datele înscrise în foaia de observaţie, fişa de consultaţie, registre, carnete de dispensarizare etc. În psihiatrie, spre deosebire de aspectele întîlnite în alte specialităţi medicale, un diagnostic pus în urmă cu cîteva decenii poate căpăta uneori o semnificaţie deosebită atunci cînd este actualizat pentru situaţii cu consecinţe importante pe plan social sau personal. Semnalăm spre exemplificare importanţa demonstrării indeniabile a diagnosticului de epilepsie în stabilirea aptitudinii pentru serviciul militar sau în expertiza capacităţii de muncă pentru funcţii legate de siguranţa circulaţiei.

Viaţa socială cotidiană demonstrează că individul contemporan este confruntat cu o întreagă ierarhie de etichete psihiatrice începînd de la cele acordate de profani fără pretenţii de cunoştinţe de psihiatrie şi pînă la cele oficializate de medii de specialitate de cea mai înaltă tehnicitate profesională şi ştiinţifică. Pentru psihiatrul cu o viziune globală asupra implicaţiilor diagnosticului psihiatric în cazul unui individ oarecare aflat într-o situaţie concretă se impune şi o ierarhizare a diagnosticelor psihiatrice şi luarea în seamă cu atenţie a etichetelor emise de medici nespecializaţi. Personal considerăm că diagnosticul psihiatric este apanajul psihiatrului sau a colectivelor de lucru în care el are un statut bine precizat (comisii de expertiză medico-legală psihiatrică, comisii de expertiză a capacităţii de muncă, comisii medico-militare etc.). Chiar şi diagnosticele puse de psihiatri trebuie ierarhizate în raport de instituţia unde au fost puse (ambulator, L.S.M., staţionar, comisii de specialitate etc.) calificarea şi experienţa profesională a celor care le enunţă şi le susţin, şi de ce să nu recunoaştem deschis ca şi de apartenenţa lor la o anumită şcoală psihiatrică sau sistem de clasificare a bolilor psihice. În anumite situaţii particulare, ca spre exemplu în expertize, psihiatrul trebuie să efectueze o veritabilă transpunere într-un limbaj operaţional curent a unui diagnostic nosologic academic. Pentru neavizaţi sau cei dotaţi cu prea mult subiectivism sau orgoliu profesional rău înţeles asemenea situaţii pot crea nedumeriri, aprehensiuni sau chiar aspecte conflictuale, contestaţii, contraexpertize etc.

Practica social-profesională a psihiatrilor demonstrează că de multe ori aceştia sînt puşi să oscileze între Scylla şi Caribda, între diagnostice de uz intern medical legate de situaţia socio-psihologică a bolnavului şi diagnostice de uz oficial, adeseori cu implicaţii de o deosebită responsabilitate. Din acest punct de vedere diagnosticul psihiatric incumbă responsabilităţi morale, profesionale, administrative, social-juridice etc. în care sînt implicaţi atît pacientul, medicul cît şi societatea în ansamblul subsistemelor sale componente. Considerăm că pentru problemele de viitor ale psihiatriei este necesar să se pună în discuţie nu numai ştiinţa, metodologia şi tehnica punerii şi formulării diagnosticului, ci şi deontologia sa. În conceptul tridimensional al şcolii psihiatrice de la Socola a unei psihiatrii globale, unitare şi dinamice, diagnosticul psihiatric a început să fie formulat cu valenţe enunţiative multiple şi cu evidente implicaţii axiologice extramedicale. O asemenea situaţie face ca etichetele psihiatrice formulate de medii străine de psihiatrie de persoane cu diverse forme de pregătire psihopatologică, de medici mai mult sau mai puţin familiarizaţi cu aspectele contemporane ale psihiatriei să fie elemente informative care nu pot fi trecute cu vederea sau ignorate ca neavînd oarecare fiabilitate informaţională pentru psihiatru în decizia unui diagnostic de specialitate. Boala, ca şi corespondentul său în sistemele nosologice — diagnosticul, sînt definite atît de bolnavi, de societate cît şi de medic. Într-o lume în care patologia relaţională devine tot mai frecventă, psihiatrul este chemat să găsească acel just milieu care să asigure diagnosticului psihiatric nu numai fiabilitatea ştiinţifică, corectitudine juridic-administrativă, ci şi un sens umanistic, de integrare a bolnavului psihic în societate globală. Bolnavul psihic trăieşte în societate cu eticheta diagnostică pe care o poartă, iar diagnosticul este din punct de vedere al relaţiilor formale elementul hotărîtor al definirii statusului său.

VIITOR FENOMENOLOGIC ÎN PSIHOPATOLOGIE

G. Cornutiu
— *Oradea*

I. 1.0. Operăm cu aparenţe, acestea finid aspectele schimbătoare ale lucrurilor şi fenomenelor. Sub aceste aparenţe se ascund esenţele, aspectele stabile, chiar dacă nu eterne ale realităţii „mediului de cultură“ a omului. Orice ştiinţă am practica, avem pretenţia să ajungem la esenţe, dar nu avem la dispoziţie decît răsfringeri trecătoare, care ajung pînă la simțurile și înțelegerea noastră. Cu atît mai mult în psihiatrie unde știm mai puțin, decît în alte domenii, care sînt cu adevărat esențiale. Cu alte cuvinte, ca psihiatri, avem la îndemînă discordanțe frapante, prin intermediul cărora vrem să înțelegem și să influențam intimitatea suferințelor psihicului.

1.1. Aceste discordanțe sînt fenomene de manifestare ale dinamicii suferinței psihice, iar dinamica suferinței psihice este pretenția logosului psihopatologic. Deci prin fenomenologicul suferinței psihice înțelegem corpusul fenomenelor de exprimare ale acestora, este altfel un inventar de simptome psihiatrice, care va servi ca material informativ în demersul înțelegerii psihopatologiei.

Pornind de la tradiție, păstrez noțiunii de fenomenologie domeniul aparenței suferinței psihice, deși termenul în sine ar desemna totalitatea unitară a tulburării, procedînd la o dichotomizare a acestuia în fenomenologie și dinamică psihopatologică, mai bine zis vectorialitatea psihopatologică.

1.2. Este deja demonstrat și acceptat că această vectorialitate psihopatologică va rămîne constantă atîta timp cît specia umană va rămîne ceea ce este. Am vorbit de intensitatea suferinței psihice. Fenomenologicul însă, ține de aparență, este schimbător, în aceeași măsură în care omul este schimbător, de la o epocă la alta. Aceasta vreau să demonstrez și să notific cîteva tendințe observate.

II. 2.0. Deci fenomenologicul în psihiatrie este exprimarea vectorialității psihopatologice. Este o exprimare de aceeași natură cu exprimarea normalului și anume : a. are aceiași raportare egocentrică. b. are un conținut semantic impregnat de datul uman. c. are o adresabilitate, chiar dacă ea este vidul. d. uzează de aceleași posibilități : vorbire, mimică, gestică, scris, etc... În paranteză, condiția umană nu este desființată nici de către stranietatea psihotică.

2.1. Exprimăm ceea ce trăim, pentru ceea ce trăim, ca aparținînd grupului și ca distincți de grup, îi cerem pe ceilalți și ne oferim celorlalți. Normal sau palogic, omul se exprimă pe sine ca ființă și prin sine pe grupul căruia îi aparține.

2.2. Dar toate cele patru caracteristici ale exprimării vizează relaționarea, se hrănesc relațiile interumane, viața de grup. Ori viața de grup este într-o perpetuă schimbare : obiceiuri, opinii, acumulări de cunoștințe comune, metamorfozare ale tradițiilor, valuri ale necesităților morale, etice și estetice. Evoluția acestora ascultă de legi proprii.

2.3. Deci trăirile noastre se hrănesc și cu frugalități sau consistențe schimbătoare, exprimăm aceste treceri, existăm și după modelul lor, indiferent că aparținem normalului sau patologicului, le urmărim evoluția, relația dintre noi și ele fiind pînă la un punct, cea dintre ou și găină. Să exemplificăm cele afirmate cu date din experiența clinică.

III. 3.0. Am afirmat că vectorialitatea psihopatologică va rămîne aceeași, atîta timp cît specia umană va rămîne ceea ce este, dar că fenomenologicul psihopatologic se va schimba odată cu schimbarea omului prin vremuri. Se va schimba ceea ce Ed. Pamfil denumește „discursul bolnavului psihic", sau la examenul clinic observăm altceva decît au observat înaintașii noștri și altceva decît vor observa urmașii noștri.

3.1. Ceea ce m-a izbit cel mai mult și de unde a pornit meditația mea a fost observarea schimbării argumentației delirante a multor psihoze schizofrenice, față de cea consemnată în literatura de specialitate. În general autorii subliniază nota evident nerealistă a ideației delirante schizofrene pe diversele tematici cunoscute tuturor. Fără a apela la statistici, care nu-mi pot spune prea mult în această privință, am observat comutarea argumentației delirante din domeniul abstractului și absurdului în cel al evidențelor empirice, în domeniul preocupărilor „lumești", făcînd uneori dificilă clasarea relatărilor bolnavului în delirante sau nedelirante, ele înscriindu-se într-o arie a posibilului extrem.

3.2. Astfel la o mare parte din cazurile de schizofrenie observate în ultimul an și mai ales la femei, am găsit idei delirante de tip erotic. La modul extrem acestor idei li se putea acorda credulitate, dar ele apăreau într-un context tipic psihotic, erau susținute halucinator și erau infirmate de anamnezele colaterale. Ele regresau odată cu întregul tablou psihotic, pentru ca în faza de remisie să fie calificate de către bolnavi drept fantasmagorii patologice.

3.3. Acolo unde predomina gîndirea abstractă, mai ales la bărbați, am observat preocupări de ordin filozofic-moral și etic, care iarăși se înscriau în aria posibilului cotidian extrem, avînd caracteristicile amintite la punctul precedent. De exemplu un zidar, fără veleități pe tărîm filozofic și social, înainte de îmbolnăvire, era muncit de problemele echității sociale și a aspectelor umanismului observate de el în context existențial. Desigur sînt monezi care au circulat în toate timpurile dar ele nu au fost niciodată atît de bătute ca azi.

3.4. Un exemplu tipic, luat de data aceasta din cadrul psihozelor de involuție. Un melancolic, în jur de 80 ani își exprima ideile de vinovăție și inferioritate prin lipsa unei „pregătiri corespunzătoare".

3.5. Un alt exemplu bine cunoscut psihiatrilor îl constituie corporalizarea simptomelor nevrotice și mai ales a decompensărilor structurilor histrionice. Am afirmat corporalizarea și nu psihosomatizare, acestea fiind două fenomene distincte. De multe ori demisia histrionică este centrată de către un singur simptom cu pretenții de corporalitate, de disfuncție corporală. Nu e cazul să dau exemple, fiecare avînd propria galerie, din practica de zi cu zi.

3.6. Rămînind la fenomenul corporalizării, voi consemna, la psihotici, în faza de remisie, de structurare a conștiinței bolii și nu rareori în fazele de debut, de căutare a unui punct de sprijin argumentativ pentru degringolada trăirilor, apariția, din ce în ce mai frecventă, de reproșuri la adresa propriei corporalități fiziologice. Bolnavul își soluționează necunoscutele patologice prin apel la cunoștințele, comune și onorabile, ale colectivității despre boală. Chiar dacă această disfuncție este învinuită prin intermediul unei otrăviri imaginar delirante, prin cine știe de influențe de același ordin, această argumentație este tot mai solicitată.

3.7. Aceste observații se extind asupra patologiei cu atît mai intens cu cît entitatea are o componentă mai puțin organică. Nu m-am oprit asupra psihopatiilor deoarece evidențierea observației este mult prea laborioasă pentru spațiul propus dar psihiatrul practician va recunoaște că dacă înainte au fost posibile clasificările cunoscute ale psihopatiilor, subliniez, deși s-a fortuit evidența clinică, elaborarea clasificărilor a fost totuși posibilă, azi putem din ce în ce mai greu încadra cazuistica în acescte clasificări, magma psihopatică, se solidifică în alte forme de teren social și cultural.

IV. 4.0. Și acum să ne dezvoltăm propriul „delir“ în legătură cu cele observate. Conform dialecticii nimic nu există fără o cauză. La modul general am arătat că fenomenologicul psihopatologic este expresia epocii, a omului epocii sale. Ne rămîne să clasăm specificitatea celor observate.

4.1. Am arătat apariția tot mai frecventă în fenomenologia psihopatologică a unor tematici, care tind să devină dominante, deși ele nu sînt noi, ele existînd din totdeauna și anume pomeneam: a) argumentația delirantă erotică, b) corporalizarea argumentației și c) preluarea unor preocupări sociale, filozofice și eticomorale dominante în preocupările de azi.

4.2. Raportate le descrierile clasice, aceste trei tematici se caracterizează prin retragerea absurdului, fantasticului, exoticului, din fenomenologia psihopatologică, prin mai solida lor ancorare în evidența empirica cotidiană.

4.3. Asistăm la un fenomen de „laicizare“ a fenomenologiei psihopatologice, de devalorizare a tematicilor tradiționale. A se face paralela cu procesul demitizării gîndirii colective din zilele noastre, care proces îl consider matca fenomenelor de observație clinică citate. Decontul acestei afirmații se găsește la începutul lucrării, fiind deja demonstrat că individul, ca evoluție psihologică aparține grupurilor sale.

4.4. Mai mult această demitizare a răspîndirii cunoștințelor generale de ordin științific, prin influența tehnologizării civilizației acestor vremi.

4.5. Mă abțin de a aprecia cît de benefică sau nebenefică este această evoluție asupra spiritualității contemporane și necesită o lucrare separată aprecierea influenței, asupra evoluției suferințelor psihice pe concretul cazuistic, asupra rezultatelor psihoterapiei, în general asupra actului terapeutic psihiatric. Ca primă impresie afirm că noi psihiatrii avem de luptat cu convingeri și preocupări patologice, mai vulnerabile, decît înaintașii, prin însăși empiricitatea mai pronunțată a acestei fenomenologii.

4.6. Toate aceste fenomene ridică semne de întrebare psihiatrului practician, acesta putînd pune cu greu în acord oferta simptomatologică clinică actuală cu cunoștințele sale acumulate din literatura clasicilor. Anormalitatea acestor simptome este mai puțin evidentă decît înainte, necesită o mai complexă verificare colaterală a datelor, iar în actul terapeutic poate, dar și trebuie să apeleze cu succes la toți factorii de mediu psihologic a suferindului.

V. 5.0. Pînă acum am vorbit de trecut și prezent, deși mi-am propus să vorbesc de viitor, dar aceste etapizări sînt artificii logice de lucru. Sînt necesare pentru că ne găsim într-o trecere de scurtă durată. Dacă ne vom situa, teoretic, într-o espectativă atemporală ele nu mai sînt necesare și atunci tot ceea ce am afirmat pînă acum, est valabil fiind unică. Dar pentru că ne vrem practicieni să încercăm să prevedem pașii concreți ai fenomenologiei psihopatologice, în viitor.

5.1. Putem prevedea că se va accentua procesul scientizării și demitizării gîndirii colective, cu repercursiunile sale asupra gîndirii individuale și asupra exprimării acesteia în caz de suferință psihică. Eventuala recrudescență endemică a dogmelor religioase, nu va înlătura această scientizare ci va încerca, așa cum putem observa și azi să o asimileze, hibridizare care poate naște modele inedite de gîndire colectivă și individuală, care la rîndu-i să genereze fenomenologie psihopatologică inedită.

5.2. Este clar că normele etico-morale vor suferi schimbări, deci că motivația existențială a omului se va schimba. Aceasta presupune nu numai o comutare fenomenologică în psihopatologie, dar chiar schimbarea categoriilor de colectivități, de indivizi, din rîndul cărora se vor recruta suferinzii psihici marginali.

5.3. Deoarece preocuparea pshiatriei nu se restrînge doar la anormalitate incompatibilă social și existențial, ci se extinde la întreaga problematică existențială și psihiatria viitorului o va pretinde tot mai insistent, se va modifica însăși statutul practicii psihiatrice, ea rămînînd o disciplină medicală în chintesența sa, dar în același timp, devenind prin extensiune, tot mai puțin medicală.

5.4. Ca practicieni, trebuie să ținem cont de cameleonul fenomenologiei psihopatologice, atenți la faptul că ceea ce a fost ieri valabil, azi nu este pe de-a întregul valabil și că în viitor va fi și mai puțin, deci că orice act psihiatric este, urmare a acestui fapt și un act de cercetare științifică. Le mulțumim înaintașilor pentru ceea ce ne-au învățat, dar pentru a rămîne profesioniști va trebui să-i corectăm și să ne corectăm în permanență.

Starting from his awn avaitable clinical observation, the author of this paper proceeds to a relationing of them to the classic-literature clinical, observation and finds aut certain tendancies in psycho-pathological phenomenology in present-day clinic.

Thus : the devaluation of the traditional themes ; the phenomenon of laicization of the psychopathological phenomenology ; the phenomenon of demythization and scientization, the corporalization of the argumentation discourse (this is not to be taken for psychosomatization).

In addition, the author also tries to hypothesize the future tendences of the psycho-pathological phenomenology.

TEOREMA LUI GÖDEL ȘI DIMENSIUNEA COMPREHENSIVĂ ÎN PSIHIATRIE

C. S. Peteu
— Sighișoara

În continuum-ul existențial se alege ca punct de plecare al analizei nivelul psihic, față de care se consideră subsistemul inclus, biologicul, și suprasistemul în care psihicul se include, socialul.

Se extinde teorema lui Gödel din logica simbolică (imposibiltatea demonstrării adevărului unei afirmații intr-un sistem dat doar din elementele constitutive ale sistemului) la analiza nivelului psihic al continuumului existențial. Se demonstrează imposibilitatea funciară a înțelegerii exhaustive a psihismului doar prin mecanismele psihice și cu atit mai puțin prin cele biologice.

Se interpretează în continuare fenomenul psihopatologic în continuitatea psihismului normal, neinteligibilitatea nebuniei fiind doar cantitativ deosebită de neinteligibilitatea psihismului în general.

As a starting point of the analysis in the existential continuum the psychic level is chosen as to which the included subsystem, the biologic, and the supersystem into which the psychic includes, the social, are being considered.

Gödel's theorem from symbolical logics (the impossibilty of demonstration of the truth of an affirmation within a given system only from its constitutive elements)is extended to the analysis of the psychic level of the existential continuum. The fundamental impossibility of an exhaustive comprehension of psychism only from psychic mechanismus and even the less from biologic ones is menostrated. Further on the psychopathological phenomenon within the continuity of normal psychism is interpreted, the unintelligibility of insanity being only quantitatively different from the unintelligibility of psychism in general.

ASPECTE PSIHOPATOLOGICE ÎN TULBURĂRILE DE COMPORTAMENT DE TIP PSIHOPATIFORM

Silvia Gherghe, M. Șelaru
— Iași

Tulburarea de comportament de tip psihopatiform cuprinde manifestări discomportamentale în care dizarmonia personalității apare ca o consecință a unor cauze etiologice diverse și se exprimă psihopatologic prin modalități diferite de structurare a unor constelații morbide variate. Determinismul bio-psiho-social al demodulărilor dizarmonice comportamentale de tip psihopatiform, prin însăși plurietiologia sa, face în mod obișnuit dificilă încadrarea nozologică a acestor manifestări morbide.

În scopul desprinderii unor particularități de reactivitate ideo-afectivă la un grup de 160 persoane cu diverse dificultăți de integrare armonioasă familială și socio-profesională s-a efectuat investigația clinică și de explorare psihopatologică. Din totalul de 160 subiecți cercetați au fost 57 persoane de sex feminin şi 103 persoane de sex masculin, dintre aceştia 111 provenind din mediul urban şi 49 din mediul rural.

În raport de situaţia profesională s-a înregistrat următoarea distribuţie 86 elevi, 44 muncitori, 15 pensionari (4 dintre ei cu gradul III şi 11 cu gradul II), 5 intelectuali şi 5 ţărani membri C.A.P.

Raportîndu-ne la structura pe grupe de vîrstă şi sex a lotului studiat, se constată următoarele (tabel 1).

Tabel nr. 1

Grupa de vîrstă (ani)	Sex		Total
	M	F	
10—14	32	16	48
15—20	27	20	47
21—25	24	4	28
26—30	4	2	6
31—35	3	1	4
36—40	1	4	5
41—45	3	5	8
46—50	3	4	7
51—55	4	1	5
56—60	2	—	2
Total :	103	57	160

Ceea ce se desprinde în mod evident şi apare pe prim plan la examenul clinic al subiecţilor exploraţi este prezenţa traumelor psihice frecvente cu rol demodulator sau patoplastic în organizarea dizarmonică a personalităţii ca şi în expresiile sale discomportamentale. Din antecedentele personale am reţinut ca fiind semnificative prin intensitate, durata şi importanţa lor în primul rînd stările conflictuale familiale îndelungate care au determinat un climat tensional, care a dus la dezorganizarea familiei în 47 cazuri, divorţuri în 13 cazuri şi abandon familial în 2 cazuri, iar în 15 cazuri intensitatea tensiunilor conflictuale familiale au determinat solicitarea expertizei medico-legale.

De remarcat, de asemenea, stările de conflictualitate intersubiectivă sau intrasubiectivă în 66 cazuri. Raportîndu-ne la climatul afectiv intrafamilial, remarcăm faptul că aprecierea subiectivă a fost pozitivă doar în 28 cazuri şi negativă în 128 cazuri. Reţinem de asemenea că pensionarea a constituit un motiv de conflictualitate în 15 dintre cazurile cercetate.

Raportîndu-ne la aprecierea subiectivă a randamentului şcolar în corelaţie cu examenul clinic acesta a fost apreciat ca bun la 11 subiecţi, mediocru de 62 şi slab de 97 dintre subiecţii lotului cercetat.

Decompensarea psihogenă a dizarmoniei personalităţii determinată de cauzele menţionate s-a agravat prin decese în familii în 4 cazuri, sancţiuni administrative disciplinare în 11 cazuri, divorţul recent în 5 cazuri, traumatisme cranio-cerebrale în 10 cazuri, ca şi manifestări ale fenomenelor de ateroscleroză cerebrală în 26 cazuri.

Acţiunea negativă a factorilor exogeni sumată cu fragilităţile constituţionale ale personalităţii s-au reflectat negativ în însăşi procesul de integrare socio-profesională. Din acest punct de vedere, în numai 19 cazuri integrarea socio-profenională a fost apreciată ca fiind bună, relativ satisfăcătoare în 33 cazuri şi dificultăţi manifeste de integrare adaptativă profesională în 132 cazuri, exprimate prin schimbări frecvente ale locului de muncă, stări conflictuale în microgrupul productiv, incapacitate de a ţine ritmul muncii etc.

Datele înregistrate de noi se corelează cu constatările unei serii de autori reputaţi care s-au ocupat de studiul personalităţilor dizarmonice, ca de exemplu P. Brânzei, C. Leonhard, J. Pearce şi S. Newton care subliniază că pentru aceşti subiecţi sînt caracteristice schimbarea frecventă a locului de muncă, conflictualităţile multiple în mricogrupul socio-profesional, particularităţile negative de integrare care se manifestă cu atît mai îndelungat şi intens, cu cît trăsăturile de personalitate cuprind în structurile lor mai multe manifestări de tip histeriform sau histeropatic.

Raportîndu-ne la particularităţile de structură a personalităţii studiate pe un număr de 98 subiecţi din totalul lotului studiat prin aplicarea testului Eynsenck s-a constatat introversiunea la 17 subiecţi, extraversiunea la 22 subiecţi şi sînt ambiverţi un număr de 59 subiecţi.

În ce priveşte manifestările de neuroticism s-au constatat valori pînă la 28 (uşor crescute), la 9 persoane au realizat un punctaj cuprins între 28—38 (neuroticism accentuat) 56 persoane şi valori de 38—46 (neuroticism extrem)33 persoane.

De remarcat că în ultimile două grupe sînt cuprinşi subiecţii şi cu cele mai frecvente dificultăţi de integrare socio-profesională şi familială.

A fost de asemenea aplicat testul W—M pentru evidenţierea unor tendinţe de personalitate ca : labilitate emoţională (I), tendinţe obsesivo-fobice (II), tendinţe schizoide (III), tendine parnoide (IV), depresie-hipocondrie (V), iritabilitate, impulsivitate, tendinţe epileptiforme (VI), instabilitate (VII) şi tendinţe asociale (VIII), pe care le-am clasat în funcţie de punctajul realizat în următoarele cinci clase : 1) în limite normale ; 2) uşor crescute (accentuate) ; 3) zona de filtraj ; 4) tendinţe puternic accentuate şi 5) tendinţe cu manifest caracter patologic, aşa cum rezultă din tabelul care urmează :

Tabel nr. 2

Tendinţa	Nivelul valoric				
	I	II	III	IV	V
I	2	30	19	24	21
II	26	27	28	8	7
III	15	16	27	26	16
IV	21	21	34	18	12
V	12	9	21	25	29
VI	1	7	13	53	22
VII	—	13	26	25	32
VIII	6	22	22	43	23

Aşa cum se observă din tabelul sintetic alcătuit pe totalul de 96 subiecţi, cărora li s-a aplicat testul W—M, cele mai accentuate tendinţe patologice apar grupînd nivelele IV şi V în următoarea ordine descrescîndă după numărul de cazuri: instabilitate, impulsivitate, tendinţe epileptiforme (75 subiecţi), tendinţele asociale (66 subiecţi), instabilitate (57 subiecţi), manifestări depresiv hipocondriace (54 subiecţi), labilitate emoţională (45 subiecţi), tendinţe schizoide (41 subiecţi), tendinţe paranoide (10 subiecţi) şi manifestări obsesivofobice (15 subiecţi).

Datele înregistrate se corelează satisfăcător cu datele de literatură care accentuează în unanimitate prezenţa fenomenelor psihopatologice semnalate în cadrul celor opt tendinţe pe care le evidenţiază testul W—M utilizat de noi.

Explorarea nivelului şi randamentului proceselor de prosexie prin utilizarea testului Bourdon-Amfimov pe 160 persoane ale lotului investigat, în raport cu randamentul obţinut după prelucrarea decilocvartilică evidenţiază următorul randament: în decilul II se situează 6 subiecţi; decilul III — 50 subiecţi; decilul IV — 78 subiecţi; decilul V — 24 subiecţi şi în decilul VI — 2 subiecţi. Deci, din totalul subiecţilor exploraţi, 96,25 % se situează sub valoarea randamentului normal mediu, atestînd dificultăţile proceselor de randament indelectiv, ale concetrării şi ritmului activităţii psihice.

In ceea ce priveşte randamentul proceselor mnezice se constată că memoria cifrelor la administrare în ordine directă se obţin următoarele performanţe: subiect reţine 3 cifre; 55 subiecţi 4 cifre, aflîndu-se deci la o valoare subliminară 35 % din totalul persoanelor normale; un număr de 72 persoane, deci în proporţie de 45% se află la un nivel de limită, reţinînd şi reproducînd 5 cifre; 31 subiecţi (19,37 %) au reţinut şi reprodus 6 cifre, iar un singur subiect (0,62%) a reţinut şi reprodus 7 cifre. La ordine inversă memoria pentru cifre se preznită astfel: 21 (13,12%) subiecţi realizează un randament de 2 cifre; 108 (67,50%) subiecţi realizează reţinerea şi reproducerea a 3 cifre şi numai 31 (19,37%) au un randament de 4 cifre, situîndu-se astfel la un nivel de limită.

Pentru determinarea QI s-a folosit testul de inteligenţă WISC pe 100 persoane şi WAIS la 60 persoane. După randamentul obţinut, 7 (4,37%) subiecţi se situează în cadrul debilităţii mintale formă medie uşoară; 73 (45,62%) prezintă intelect de limită; 49 (30,62 %) subiecţi prezintă un nivel de inteligenţă normal submijlociu (mediocru), iar 13 (8,12%) subiecţi au un nivel de inteligenţă de nivel normal mediu.

Dintre subiecţii investigaţi, 127 (79,37%) se aflau la prima internare, 15 (9,27%) erau la a doua internare şi 18 (11,25%) la a treia internare.

Aşa cum se desprinde din cercetarea noastră, dizarmonia personalităţii s-a manifestat atît la nivelul structurilor afectiv-emoţionale şi temperamental caracteriale, ca şi în ceea ce priveşte randamentul deficitar al unor procese cognitive (atenţie, memorie, ca şi a coeficientului de inteligenţă) în ciuda unei aparente celerităţi a proceselor ideo-afective care apăreau la examenul clinic obişnuit în cazul unei majorităţi semnificative a persoanelor din lotul investigat.

CONSIDERAŢII ASUPRA EXAMENULUI PSIHIATRIC EFECTUAT LA STABILIREA APTITUDINII PENTRU SERVICIUL MILITAR

C. Chelemen, C. Postelnicu, M. Schreiner, V. Hrimiuc
— *Iaşi*

In baza experienţei noastre din ultimele două decenii privind diverse activităţi medico-militare socotim că este necesar a face unele consideraţii pe marginea doctrinei examenului psihiatric efectuat la stabilirea aptitudinii pentru serviciul militar. Dat fiind marea importanţă a factorului psihologic şi moral în războiul modern, examenul psihiatric trebuie văzut nu numai ca un simplu act tehnic, ci ca un act de mare responsabilitate social-politică pentru asigurarea forţelor armate cu efective corespunzătoare din punct de vedere psihic, potrivit exigenţelor serviciului militar contemporan. Corespondenţa care s-a reuşit a se realiza în prezent pe plan naţional între prevererile baremurilor medicale în vigoare în cadrul M.Ap. N.-ului, clasificarea bolilor psihice prevăzute în revista a IX-a a Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii (C.I.B.) şi D.S.M. II face ca opiniile şi deciziile privind aptitudinile pentru serviciul militar să poată fi luate la un nivel de înaltă probitate profesională şi de fiabilitate medico-socială şi de psihiatrii mai puţin antrenaţi şi experimentaţi în probleme de psihiatrie militară. In conformitate cu prevederile doctrinei naţionale militare despre un eventual viitor război ca un război al întregului popor pentru psihiatrii devine evident faptul că deşi armata este din punct de vedere sociologic şi medical o categorie elitistă, serviciul militar trebuie efectuat de categorii cît mai numeroase ale populaţiei, iar atriţia efectivelor în cauze medicale trebuie redusă astfel la minimum. Doctrina noastră militară naţională este din acest punct de vedere întrutotul opusă doctrinelor elitare susţinute de protagoniştii armatei de profesionişti. Acest comandament ne obligă să socotim că psihiatrul are obligaţia să indice în cadrul prestaţiilor sale forurilor competente de decizie de o factură cît mai explicită limitele şi posibilităţile de încadrare în sistemul organizaţional militar a tinerilor chemaţi la recrutare-încorporare în raport de disponibilităţile acestuia. Subliniem spre exemplificare că în cadrul sistemului militar între tinerii recrutaţi pentru arme speciale şi unităţi militare de lucru există un întreg diapazon de posibilităţi organizatorice şi clasări medico-militare pentru ca psihiatrul prin examenul său de specialitate să indice un veritabil act de inginerie organizațională. Subliniem în mod deosebit acest fapt deoarece în cadrul forțelor armate examenul psihiatric comportă elemente de predicție comportamentală și prin aceasta de eliminare a unor riscuri previzibile ca spre exemplu cele legate de folosirea armamentului de persoanele cu imaturitate afectiv-emoțională, comemorative de comportamente deviante etc., antecedente judiciare, dezertări. Considerăm că este necesar să subliniem că cele expuse mai sus se referă cu precădere la examenul psihiatric efectuat tinerilor supuși obligațiilor militare și nu celor recrutați pentru meseria armelor. În acest din urmă caz accentuăm asupra necesității unui caracter cît mai riguros a examenului psihiatric, astfel încît în cadrele active să fie selecționate persoane cît mai aproape de idealul de normalitate și sănătate psihică, subiecți cu o identificare motivațională totală în exigențele și servituțile serviciului militar.

Marele volum de muncă care se impune psihiatrului cu ocazia examenelor de recrutare-încorporare sau selecționare a tinerilor pentru serviciul militar, specificul acestui examen, caracterul evident operațional al diagnosticului și implicațiile sale pentru sistemul organizațional militar fac ca tehnica examenului psihiatric să comporte unele particularități impuse de specificul situației. În comparație cu examenele efectuate la celelalte specialități medicale, examenul psihiatric efectuat la recrutare-încorporare trebuie executat avînd în vedere atît aspectul psihiatric transversal, cît mai ales cel longitudinal, luîndu-se în seamă nu numai elementele examenului clinic, ci și documentele furnizate atît de tineri cît și de dosarul lor personal întocmit de organele militare. Specificul examenului psihiatric în asemenea situații face ca uneori informații date de familie, rude, școală, autorități, cercetările de teren efectuate de lucrătorii centrelor militare, documentele din dosar, să modifice radical optica psihiatrului și să-l oblige la decizii evident diferite de rezultatele examenului clinic inițial. Totodată experiența noastră ne sugerează că la recrutare-încorporare sînt deosebit de valoroase observațiile și impresiile oferite de medicii celorlalte specialități ca și de lucrătorii oferite de medicii celorlalte specialități ca și de lucrătorii din cadrul centrelor militare. Dat fiind necesitatea ca examenul psihiatric să fie complementat concomitent cu un examen neurologic de rutină, se impune ca de fapt psihiatrul să efectueze la nivelul centrelor militare în aproape totalitatea cazurilor nu examene psihiatrice, ci examene neuropsihiatrice, asumîndu-și de fapt și responsabilitatea examenului neurologic.

Legat de implicațiile examenului neuropsihiatric și tehnicii efectuării sale, considerăm că este întrutotul indicat ca la tinerii (tinerele) la care nu se evidențiază tulburări neuropsihice să nu se pună etichete diagnostice de „sănătos“, „normal“, „normal neuropsihic“, „apt“, ci să se folosească formule mult mai fiabile din punct de vedere științific ca spre exemplu „fără tulburări neuropsihice evidente în prezent“.

În unele situații examenul neuropsihiatric efectuat ambulator la nivelul centrelor militare trebuie completat cu examinări, observații, explorări într-o secție de specialitate. După unele date ale noastre aceste prestații ajung la circa 20 pînă la 30‰ dintr-un efectiv examinat. Experiența acumulată la nivelul Spitalului clinic de psihiatrie „Socola“, Spitalului militar Iași și centrelor militare din județele Moldovei ne indică că în realitate se stabilește o ierarhie a angajării competenței psihiatrilor față de rezolvarea problemelor medico-militare care apar în teritoriu. Avînd în vedere acest fapt, în activitatea sa profesională cu implicații medico-militare, psihiatrul dinafara sistemului militar deci medicii din cadrul Ministerului Sănătății, trebuie să-și cunoască îndeaproape limitele competenței sale cît și ale propunerilor pe care trebuie să le facă organelor decizionale, metodologia acestora, corespondentul lor normativ în cadrul sistemului organizațional militar etc. Socotim ca fiind o inițiativă de perspectivă hotărîrea luată în cadrul județului Iași ca la nivelul comisiei județene de psihiatrie un număr de 2—3 psihiatri să fie profilați în activitate și angajați permanent față de organele de resort ca responsabili din punct de vedere tehnic în principiu în rezolvarea problematicii medico-militare psihiatrice a județului. Această inovație crează perspective, în cazul extinderii ei pe plan național, ca în cadrul corpului medical psihiatric să existe un număr suficient de psihiatri bine profesionalizați și familiarizați în probleme de psihiatrie militară. Este recomandabil ca asemenea psihiatri să fie recrutați din ofițerii medici în rezervă cu o experiență anterioară ca medici în cadrul sistemului organizațional militar.

Legat de cele expuse anterior considerăm că este necesar ca pe plan națoinal să se acorde în viitor mult mai multă atenție problemelor de psihiatrie militară, atît ca aspect de cercetare științifică, cît și ca preocupare practică cotidiană. Deși la primul aspect ar fi normal ca de aceste aspecte să se ocupe în primul rînd psihiatrii din cadrul forțelor armate, realitățile și doctrina noastră militară ne obligă a susține că toți psihiatrii țării trebuie să aibă o pregătire de psihiatrie medicală corespunzătoare situației politico-istorice prin care trece țara noastră în actuala sa etapă de dezvoltare.

La nivelul Spitalului „Socola“ s-a acumulat în domeniul psihiatriei militare o experiență care apreciem că s-ar impune a fi valorizată pe plan național atît prin ineditul său, cît și printr-o reală eficiență de a contribui la efortul general al întregului popor în vederea transpunerii în viață a permanențelor politicii de apărare a țării. Considerăm că pentru început s-ar impune din partea clinicilor și marelor unități de psihiatrie contacte și colaborări mai strînse în primul rînd cu direcția medicală din cadrul sistemului național al apărării, Facultatea de medicină militară din București în vederea unei pregătiri cît mai complete a psihiatrilor din țară în probleme de psihiatrie militară potrivit realităților și specificului țării noastre și doctrinei sale medico-militare.

CORELAȚII ÎNTRE PROCESUL DE COMUNICARE ȘI ECHILIBRUL BIO-PSIHO-SOCIAL

Irene Talaban
— *București*

1. *Persoana — entitate subiectivă tridimensională.*

Specificul saltului realizat prin apariția și dezvoltarea psihicului în organizarea lumii vii constă în cucerirea dimensiunii subiectivității ; la nivel uman subiectivitatea constituie o punte între realitate și irealitate : sprijinindu-se la un capăt pe realitatea obiectivă o poate transcende în cunoaștere obiectivă ; avînd originea în activitatea subiectului poate trece în irealitate și fantasmă. Psihicul uman face joncțiunea între natural și cultural mediind procesul de integrare a acestora în edificarea conștientă a vieții sociale. În acest sens, reprezentantul vieții social — omul — este o ființă bio-psiho-socială. Ocupînd poziție intermediară în triada de mai sus psihicul suferă o dublă determinare, biologică și socială și, la rîndul său, se constituie în mijloc principal de intervenție activă asupra realității prin purtătorul său concret : subiectul uman. Acest rol este posibil în virtutea autonomiei relative pe care o obține psihicul uman prin structurarea unui domeniu de realitate specific : mesajul subiectiv. Unitatea persoanei ca entitate subiectivă tridimensională se concepe și structurează ierarhic prin unitatea dintre heredo-genetic și socio-genetic, disponibiltățile persoanei fiind programate genetic și realizîndu-se în cadrul programării educațional formative. Noțiunea de echilibru ca atribut al individului uman presupune funcționalitatea armonică a subsistemelor care interferează în cadrul sistemului persoanei : subsistemul motivațional (energeticul), subsistemul afectiv (valoricul și normativul), subsistemul cognitiv (decizia și controlul), subsistemul comunicațional (cîmpul relațional și experențial).

2. *Comunicare și relație.*

Considerăm dimensiunea comunicării ca fiind unul din factorii majori responsabili de menținerea echilibrului persoanei ca entitate tridimensională. Între două sisteme care comunică (transmit și recepționează mesaje elaborînd una sau mai multe variante de răspuns cu semnificație de soluții) se stabilește un sistem (cîmp) de relații. Schimbul de mesaje se face la diferite nivele și la diferite intensități ; în funcție de acestea (nivele, intensități) persoana este mai mult sau mai puțin implicată într-o relație anume ; indiferent de gradul de implicare, nu există, între persoană și obiectul ei de relație, exterioritate pură. Astfel orice relație între două sau mai multe persoane este o relație de comunicare și, în același timp, o relație de reciprocitate. Echilibrul bio-psiho-social devine (se constituie) ca funcție de echilibru cîmpului comunicațional în cadrul căruia se vehiculează mesaje asupra cărora (se) operează decodificarea în scopul elaborării răspunsului-soluție. Decodificarea mesajului transmis de o persoană X (sistem X) către o persoană Y (sistem Y) are drept condiții necesare și suficiente : mesajele să fie corect transmise, persoanele (sistemele) să aibă un limbaj comun, Calitatea decodificării depinde, în mod necesar și suficient, de, timpul de relație (relații) din cîmpul comunicațional, gradul de exterioritate al fiecărei partener, gradul de interioritate (implicație) al fiecărui partener, gradul de reciprocitate spontană, gradul de reciprocitate intențională.

3. *Dimensiunea psiho-socială și deficitul de comunicare.*

Deficitul de comunicare ar consta în : nerespectarea condițiilor necesare și suficiente decodificării (fie incertitudinea transmiterii mesajului, fie insuficiența limbajului comun, fie imprecizia acestuia sau imprecizia situației de comunicare..., etc.), sensul negativ sau semnificația destructivă și conflictuală a decodificării (vezi dublul mesaj și dubla legătură), valoarea disolutivă (în loc de rezolutivă) a răspunsului. Din punct de vedere al fenomenologiei sociale (Laing) se admite că, într-o relație de comunicare, indiferent de tipul relației și deci de natura mesajului (informației) vehiculat, se vehiculează și un cuantum de experiență : experiența proprie persoanei care transmite și experiența proprie persoanei care recepționează și decodifică ; continuitatea procesului de comunicare (Ego-Alter) se realizează prin continuitatea legăturii dintre experiența mea asupra unui altul și experiența acelui altul asupra mea. Așadar echilibrul relației de comunicare înțeleasă ca raport între asimilarea mesajului (receptare, decodare) și acomodare la / în funcție de mesaj (răspuns-soluție) se modifică sau se menține după :

a. — gradul de reciprocitate în relație (comprehensiunea reciprocă spontană sau intențională) ; b. — conduita intrării în relație (după tipul de reciprocitate, după conținutul care se aduce în relație, după modalitatea în care acest conținut se aduce) ; c. — experiența de relație a fiecărui partener ; d. — experiența de sine în relație, a fiecărui partener ; e. — confirmarea propriei identități, în cadrul relației.

Menționăm că c, d, e, sînt elementele constitutive ale relației Ego-Alter. Un model de relație, în accepțiune epistemologică, se definește prin : a. — echipotențialitatea deschiderii reciproce (deschiderile reciproce sînt echipotențiale ca probabilitate) ; b. — intrarea în relație să pornească de la recunoașterea faptului că actele acelui altul sînt obiectul unui praxis, ele nu sînt o desfășurare în sine ; c. — conștientizarea experienței noastre, a fiecăruia, ca experiență de relație reciprocă și specifică (specificitatea individului și specificitatea relației în sine) ; d. — complementaritate reciprocă : experiența de sine a partenerilor este reciproc complementară (Ex și Ey sînt dinamic complementare) e. — realizarea (obiectivarea) identității fiecăruia (relația să se stabilească de la identitate la identitate, fiecare persoană care acționează să-și satisfacă trebuința de autonomie și de identitate).

Considerînd cîmpul comunicațional ca sistem de referință, optimizarea comunicării ar consta în următorul fapt: manifestarea imprevizibilului să nu pună în pericol sistemul (Ego-Alter) și metoda (de la Ego la Alter și invers).

Din punct de vedere cantitativ cîmpul relațional (comunicațional) poate îmbrăca două aspecte deformate și deformante:

— un număr minim de relații Ego-Alter (consecințe: deficit major de comunicare prin diminuarea, eventual lipsa, schimbului de mesaje → nerealizarea identității proprii → reprimarea disponibilităților existențiale → eventual · suicidul ca soluție)

— un număr maxim de relații Ego-Alter (consecințe: inflație informațională în cadrul cîmpului → deficit major de decodificare prin abundența mesajelor → decodificare ineficientă → elaborare de răspunsuri-soluții cu valoare de erori → simptomatologie psihopatologică, suicid)

Din punct de vedere calitativ echilibrul cîmpului relațional (comunicațional) se stabilește și evoluează în funcție de:

— natura relațiilor existente (conținutul relației ca atare)

— natura experienței care se vehiculează (conținutul experiențial ca obiect al unui praxis)

In ambele cazuri (cantitativ și calitativ) se produce o alterare a imaginii de sine prin alterarea relației cu sine (se degradează identitatea ca o calitate a existenței; se ajunge la păstrarea unui existent fără ca acest existent să tindă către identitatea cu el însuși: $(\ni X) \cdot X \rightarrow (X \equiv)$; sîntem alter-ități în măsura în care introiectînd relația Ego-Alter îl introiectăm și pe acel Alter; astfel existăm nu în mod absolut identici cu noi înșine ci parțial identici; se impune însă cu necesitate ca acel Alter interiorizat să nu devină un Alter inflativ, caz în care rămînem identici cu noi înșine doar din punct de vedere biologic — tridimensionalitatea se reduce la unidimensionalitate, ceea ce exclude noțiunea de echilibru.

In concluzie considerăm că:

Există un joc al variabilelor stabile și aleatorii în cadrul identității noastre ca o calitate a categoriei de existență ($\ni X$ și $X \equiv X$) și un joc al variabilelor stabile și aleatorii în cadrul lumii exterioare individului, a lumii alcătuite din Alter, cu care persoane intră în relații de reciprocitate. Procesul de comunicare necesită investirea (consum) și asimilare de energie afectivă și cognitivă și el se susține motivațional, pe de o parte la nivel de trebuință gregară, pe de altă parte la nivel de trebuință individuală corespunzător adică particularităților structural dinamice intrapersonale.

Evoluția procesului de comunicare se orientează pe două sensuri: de la inconștient la conștient și de la Ego la Alter; pe aceiași vectori se orientează și evoluția individului uman ca persoană. Fiecare dintre noi este un accident particular în accidentul cosmogoniei însăși; ca accidente particulare ne angajăm și ne degajăm în jocul variabilelor stabile și aleatorii, intra și interorganismice, în cadrul unei triade de relații esențiale:

— relația de existență($\ni X$), echivalînd cu biologicul

— relația de identitate ($X \equiv X$), echivalînd cu psihgicul

— relația de apartenență ($X \in R$), echivalînd cu socialul

Condițiile necesare și suficiente pentru echilibrul persoanei s-ar exprima prin formula: $(\ni X) \cdot (X \equiv X)$ pentru $\forall X, X \in R$

PERSOANA ÎN DINAMICA DEVENIRII
(Interdependența dintre persoană, personalitate, personaj)

I. Alexandrescu

I. *Persoana*

Persoana reprezintă ipostaza socială a insului, insul, după cum reiese etimologic (ens, entis, entitas), fiind omul ca entitate, ca esență, pe cînd persoana (persoana = mască) expunerea plenară a insului pe scena vieții sociale. Insul e demers potențial față de univers, persoana subiectul activ al istoriei, prezență în istorie, creatorul istoriei.

Persoana, avînd un nume, un domiciliu, un statut social, fiind posesoarea unor bunuri, se prezintă pentru „altul" ca exterioritate. Dar persoana e și subiectivitate, e expresia conștiinței de sine a insului, sinteză a experiențelor trecute, avînd ca echivalent eul, acesta din urmă, prin sentimentul identității și al continuității, în ciuda faptului că se manifestă prin multiple fațete, constituind factorul unificator al persoanei.

Deși persoana îndeplinește în viață o funcție social-culturală, fiind un actor al istoriei și un creator de valori, nu există decît virtual la început. Persoana „se face". De asemenea, cu toate că e mereu identică cu sine însăși, se supune legii evoluției, răspunzînd ambianței într-o perpetuă transformare printr-o continuă actualizare, rămînînd în timp „un proiect de rezolvare", devenire.

II. *Materialul brut folosit de noi în studiul persoanei.*

Despre persoană s-a scris de mult și s-a acumulat, mai ales de către psihologi, un material imens.

Psihologii au studiat, în deosebi, persoana ca personalitate și persoana în raport cu rolul profesional.

Se cunosc și unii psihologi care au abordat problema devenirii, fără însă a analiza în suficientă măsură procesul, după cum alții n-au reușit să stabilească deosebirea netă dintre persoană, personalitate și personaj.

Convinși fiind că persoana e devenire, prezenta noastră tentativă are drept scop explicitarea psihologică a însăși devenirii și urmărirea persoanei în dinamica devenirii sale.

Pentru aceasta ne vom servi de unele date recoltate în decursul anilor în legătură cu persoana, nouă rămînîndu-ne doar sarcina interpretării lor.

Din imensul material brut pus la dispoziția celor interesați de către observatori și de către cercetători reținem :

— Observațiile efectuate pe prizonerii de război din lagărele celui de al doilea război mondial ;

— Constatările privitoare la consecințele raportului dintre persoană și rolul profesional în toate cazurile de necorespondență vocațională.

Datele în legătură cu prizonerii de război arată că aceștia după luni de prizonierat au sfîrșit în a se rezuma la o viață vegetativă, concomitent manifestîndu-se printr-o marcată demodulare afectivă, în special prin apatie și atonie.

În ceea ce privește datele privitoare la raportul dintre persoană și rolul profesional recorespunzător, întreaga multiplicitate de cazuri se rezumă la patru subcategorii :

— O primă subcategorie e constituită din subiecții care, fără să-și cunoască aptitudinile, s-au încadrat la întîmplare, în funcție de diverse circumstanțe, în roluri profesionale străine modelului lor interior. Întîmpinînd dificultăți de adaptare și-au găsit refugiul în alcool, joc de cărți etc.

— O a doua subcategorie e compusă din subiecți care, în ciuda unor aptitudini precise pentru o profesiune, pe care și le-au cunoscut foarte bine, au optat, din considerații materiale, pentru un rol profesional străin modelului lor interior. Pe parcurs aceștia au început să fie minați de puternice conflicte intrasubiective ;

— A treia subcategorie înglobează pe subiecții care, printr-o severă jugulare a propriilor „naturi" au încercat să-și cîștige una nouă, superioară, fără riscul „păcatului", încadrîndu-se în roluri profesionale corespunzătoare celei de-a doua „naturi" (preoți, diaconi). Rezultatele nu s-au lăsat mult așteptate. Prin tendința de a se da satisfacție ambilor „naturi" a luat naștere o conduită ambivalentă.

— A patra subcategorie, în sfîrșit, e formată din subiecți care, ca o consecință a unei accentuate necorespondențe dintre personalitate și rol, au fost nevoiți să se interneze într-un spital de psihiatrie pentru tulburări nevrotice.

III. *Discuții și concluzii*

Prin însăși trecerea în revistă a materialului în cauză, odată cu referirile la persoană s-au făcut și unele referiri la modelul interior al acesteia.

Din punct de vedere psihologic modelul interior al persoanei e tot una cu personalitatea constînd în „dezvoltarea deplină și unitară a însușirilor persoanei", prin aceasta realizîndu-se o „construcție proprie" prin care insul „se distinge ca individualitate".

Văzută astfel personalitatea constituie un sistem al persoanei. Pe cînd persoana e o ființă vie dotată cu trebuințe și pulsiuni, personalitatea e construcția sa bazală, modelul său interior.

Persoana nu poate fi concepută în afara rolului social. Dar persoana angajată în rol, definită prin intermediul caracterelor cîștigate prin asumarea și interpretarea acestuia devine personaj.

În fond atît personalitatea cît și personajul sînt două ipostaze ale persoanei. Totuși persoana își face cunoscută prezența în viață în mod pregnant cînd ca personalitate, cînd ca personaj, și se exteriorizează obișnuit și ca personalitate și ca personaj, deoarece, deși aceste două ipostaze nu există decît prin existența persoanei, reprezintă două realități psihologice.

Ca și persoana în întregul ei, personalitatea și personajul sînt rezultate ale unei „faceri" și servesc persoana în procesul de „facere" și de integrare.

Problematica persoanei constă, în ultima instanță, într-un efort de integrare a individului în plan individual și în plan social, scopul acestui efort fiind autorealizarea.

Dar în acest sens, personalitatea nu este ea însăși o rezultantă a integrării ? Personajul nu e persoana integrată în rol ?

Procesul de integrare a persoanei, care e continuu, se realizează printr-o dublă mișcare de ajustare : a individului la societate și a societății la individ, avînd ca efect o echilibrare bipolară : la nivel social și la nivel individual. Individul se ajustează astfel la dimensiunile sociale, dar și societatea la dimensiunile individului.

Integrarea persoanei se efectuează propriu-zis pe linia a trei dimensiuni : biologică, cronologică, statutală (socială).

Fiind o ființă concretă, dotată cu trebuințe și pulsiuni, persoana are o determinare genetică și congenitală și ocupă în fiece moment un anumit loc pe curba sănătății. Tot ca ființă concretă se supune cronologiei, actualizîndu-se evolutiv în timp sau prin crize bruște, înscriind somatic și psihologic anumite vîrste.

Factorul principal însă, care îi dă insului calitatea de persoană, este factorul social. În societate insul se impune prin diferite poziții (de tată, de membru al unui partid politic, al unui club sportiv, de funcționar într-un sector de stat, etc) și în raport de acestea joacă pe scena vieții sociale rolurile prescrise de ele. Pozițiile sociale reprezintă statutele sociale, dimensiunea statutală a persoanei.

Dimensiunile biologică, cosmologică și statutală antrenează insul ca persoană și în calitate de persoană ca personalitate și personaj, antrenînd implicit și procesul integrării.

Factorul activ în procesul de integrare individuală este personalitatea, în cel de integrare socială personajul (rolul).

Rolul servește interacțiunii și comunicării.

De fapt însăși interacțiunea e și comunicarea, adică împărtășire de semnificații în legătură cu anumiți semnificanți.

Rezultatul integrării constă în echilibrare, dar echilibrarea nu are un caracter static, ci prin excelență unul dinamic. În fiece moment, în ciuda identității și continuității sale, persoana e alta, ceea ce demonstrează că persoana se traduce prin devenire.

Devenirea poate să aibă un aspect pozitiv, dacă e expresia unei bune echilibrări, sau unul negativ, dacă răspunde unei echilibrări deficitare. O echilibrare optimă a persoanei este dată de un perfect acord dintre persoană, personalitate și personaj. Dezacordul dintre persoană, personalitate și personaj, jugularea personalității, privarea persoanei de personajele pe care și le-a cîștigat în viață, determină o echilibrare deficitară, devenirea persoanei înregistrînd eșecuri lamentabile. În asemenea cazuri se produc frustrații, conflicte sau chiar tulburări psihice manifeste.

Cum se explică apatia și atonia prizonerilor de război ?

Prin deposedarea acestora de personajele avute în viața civilă. Reduși în lagăr la un simplu număr de ordine ,aici nemaiîndeplinind nici una dintre funcțiile sociale anterioare, prin care se autorecunoșteau, s-au văzut deposedați de însăși coloana vertebrală de susținere ca persoane și personalități.

În condiții stressante personalitatea nu se poate dezvolta normal. Singură libertatea asigură formarea caracterelor puternice și a unei personalități integrale. În lipsa unei personalități „realizate", persoana nu se poate manifesta ca personaj decît prin roluri șterse, nesemnificative.

O altă alternativă e refugiul în sine.

La ce concluzii ajungem prin discutarea raportului dintre persoană și rolurile profesionale inadecvate față de modelul interior ?

Studiind subiecții aparținînd primei subcategorii constatăm că atunci cînd dinamica devenirii persoana nu are posibiltatea de a se exprima „central", în raport de propria-i personalitate, cînd prezintă conștiința incompatibilității, cînd e frapată de contrastul dintre ea și „altul", de disproporție, de dezacord etc., acesta demarează într-o conduită incongruentă.

La subiecții din subcategoria II-a conflictele intrasubiective se explică prin ciocnirea dintre personalitate și personaj, respectiv și rol, iar conduita ambivalentă a subiecților din subcategoria III-a prin coliziunea dintre cele două „naturi", confirmîndu-se afirmația lui Pascal : „Cine vrea să fie înger ajunge bestie".

Cazul nevroticilor denotă în mod net că armonia interioară constituie un factor de sanogeneză și invers.

Pe de altă parte, materialul trecut de noi în revistă demonstrează că pe tot cursul evoluției persoanei, în orice acțiune a sa, persoana, personalitatea și personajul se află mereu în interdependență.

În ce constă această interdependență ?

Personalitatea ca sistem, ca model interior al persoanei, indică persoanei rolurile sociale pe care poate să le joace.

Integrarea persoanei într-un rol corespunzător dă autenticitate personajului, iar persoana prezintă un echilibru optim. Concomitent, situația se repercutează favorabil asupra personalității, prin consolidarea sistemului.

Ce se întîmplă cu o persoană privată de personaj ? Dar în cazul dezacordului dintre personalitate și personaj ?

Prin privarea persoanei de personaj se golește de conținut. Sfera persoanei și se anemiază sistemul personalității sale.

Dezacordul dintre personalitate și personaj determină conflicte interioare în planul persoanei și-i pune acesteia în pericol unitatea.

Atît acordul cît și dezacordul dintre persoană, personalitate și personaj, se oglindesc, cum e firesc, în dinamică devenirii persoanei.

ASPECTE PRIVIND ÎNCADRAREA BOLNAVULUI PSIHIC ÎN SOCIETATE

E. Ringwald, *— Elveția*
M. Moscovici *— Israel*

Este cunoscut faptul ca descoperirea neurolepticelor a revoluționat tratamentul psihiatric, transformînd spitalele de psihiatrie din instituții închise în centre terapeutice multidimensionale.

Starea acută posihotică a pacientului nu mai este astăzi o problemă dominantă pentru psihiatru. Și ca un corolar al acestei situații, instituțiile noastre au devenit deschise cu un circuit în ambele sensuri, permițînd o creștere considerabilă a numărului bolnavilor ce pot fi reinserate în familie și societate.

Există un consens general că remisia accesului acut psihotic nu înseamnă, vindecarea procesului, însă nici prevenirea recăderilor. Este de asemenea admis ca după cîteva recăderi, defectul mintal devine inevitabil, indiferent de starea pacientului, nevroza, psihoza maniaco-depresivă, sau schizofrenie. Unii din pacienți se resemnează de a trăi cu bine cunoscutul sindrom rezidual.

Statisticile din toată lumea ne dau cifre și confirmă această stare de alarmă. Chiar cînd se pretinde o scădere a numărului de cronici, statisticele se referă mai curînd la cei internați, în timp ce acei eliberați din spitale, nu mai puțin cu defect mintal, trăiesc în societate. Și de aici derivă problema, cum trăiesc aceștia și dacă societatea îi acceptă.

Pacientul cronic nu trebuie să fie un tolerat al societății, ci el trebuie să fie un membru activ al ei, în care scop necesită să fie bine pregătit, să fie capabil de a fi în societate, să fie ajustat la solicitările societății. În acest sens considerăm că reabilitarea este problema dominantă a psihiatrului de azi.

Tabloul clinic de bază ce caracterizează pacientul defectiv este aşa numitul „sindrom rezidual". El se caracterizează prin :

.1) personalitate păstrată

2) gîndire psihotică productivă, în general încapsulată şi neutralizată, şi

3) Lipsa iniţiativei şi a motivaţiei.

Pornind de la această proporţie reziduală a personalităţii defecte, se pot desprinde cîteva elemente directoare ale procesului reabilitării, a încadrării în societate. Astfel activitatea noastră trebuie îndreptată în direcţia : a) stimulării pacientului, să i se creieze premizele pentru a recupera vechile motivaţii sau cel puţin pentru a creia altele noi ;

b) să folosim şi să reîntărim creativitatea reziduală a pacientului, adică de a apela la imaginaţia sa păstrată, de a dezvolta elementele existente şi de a planifica noile forme creatoare.

In ceea ce priveşte situaţia pacientului, putem afirma că în cele mai multe cazuri exista o situaţie de petrificare, de statue, de comunicare defectă şi lipsă de răspuns, alături de o nevoie, vagă, nedefinită pentru confirmare şi prietenie. Sprijinirea pacientului cu răbdare şi perseverenţă, să se elibereze din această situaţie trebuie să constituie încă unul din obiectivele noastre.

Aceasta presupune obţinerea stării in care pacientul să fie capabil să decidă, să realizeze, sau cum spune Paul Tillich „curajul de a fi".

In fapt realitatea pacientului se poate obţine prin concentrarea atenţiei şi a eforturilor noastre în scopul măririi creativităţii şi imaginaţiei reziduale, să reconstituim straturile fundamentale ale personalităţii defective, de a-l conduce înapoi la autoconştiinţă, de a-i redeştepta sentimentul de întristare privind propria sa stare ,adică la autorelaţie. Aceasta se poate realiza precum preconiza O. Maller şi precum dealtfel obişnuim în practică, prin 2 căi :

1) Prin întîlniri aşa zise întîmplătoare între pacienţi, în întîlniri neclasice de grupterapie.

2) Prin stimularea imaginaţiei pacientului printr-o terapie situaţională.

Individual sau în grup pacientul trebuie făcut să cunoască propria sa situaţie, confruntînd trecutul său cu un viitor posibil.

Pentru realizarea acestui scop este necesar să fixăm atenţia noastră terapeutică succesiv asupra tutror acelor care înconjoară pacientul, familie, prieteni, funcţionari, etc. Cu alte cuvinte de a practica o intensă terapie de familie şi comunitate adică de a prepara cadrul necesar de primire a pacientului după reabilitare.

Cadrul optim pentru desfăşurarea procesului încadrării în colectivitate îl constituie desigur Comunitatea Terapeutică Polarizată a cărei structură şi funcţie au fost descrise de Maxwell Jones, Clark, Crockett, O. Maller şi alţii.

Considerăm că ar fi interesant să prezentăm în mod succint unele din aspectele desfăşurării procesului readaptării bolnavului psihic în societate. Reabilitarea trebuie începută încă din perioada internării, concomitent cu terapia psihofarmacologică. Ea nu corespunde activităţii unei singure persoane, ci este responsabilitatea unui grup terapeutic lărgit din care face parte în prima fază, medicul terapeut, psiholog, asistenţă socială, instructor de ergoterapie. Atelierele ergoterapice din spital care sunt profilate de la activitate simplă la cele mai complexe constituie o pondere importantă în desfăşurarea acestui proces. Aceasta permite ca şi în perioada acută a bolii psihotice pacientul să poată desfăşura o oarecare activitate, să-şi continue stereotipul activităţii, să-i permită de a apela la imaginaţia sa. Obişnuim ca în cazurile în care situaţia nu impune altfel, bolnavul să primească medicaţie după orele de activitate, lăsîndu-i astfel liberă pentru ergoterapie prima jumătate a zilei.

A doua fază a procesului reabilitării, reabilitarea propriu-zisă, începe însă odată cu eliberarea din spital. In desfăşurarea acestei etape, colectivul terapeutic iniţial devine mai larg, cointeresînd după situaţie, reprezentanţii locali ai Institutului Naţional de Asigurare, ai Ministerului Muncii, ai Ajutorului Social etc.

Urmărirea evolutivă a pacientului eliberat din Spital, se face de către Centrul de Sănătate mintală local care prin colectivul său (medic, psiholog, soră de teren, asistenţă socială, etc.) prin vizite periodice la domiciliu ca şi prin vizitele pacientului la centru se stabilesc şi se întăresc relaţii de încredere şi colaborare între el şi factorii responsabili de sănătatea sa.

Reîncadrarea în activitate, atunci cînd siutaţia o perimte, se face la locul anterior de muncă al bolnavului, sub îndrumarea asistenţei sociale, a sorei, medicului de întreprindere, şi a Comitetului Sindical. Sînt însă situaţii în care defectul psihic nu îi mai permite reluarea activităţii sale anterioare. În acest caz intervine secţia de diagnostic şi de reprofilare, care evaluiază ce funcţii ale intelectului sînt afectate şi care este profunzimea defectului psihic. În baza acestor evaluări pacientul este îndrumat spre o nouă activitate raportată la capacitatea sa reziduală. Pentru întreaga perioadă de reprofilare ce poate dura între 3—6 luni el este remunerat de Institutul Naţional de Asigurare, iar apoi plasat într-un nou loc de muncă.

În eventualitatea în care defectul psihic este atît de marcat încît nu mai are capacitatea de a se reprofila într-o altă muncă, este încadrat într-o activitate simplă la centrul de recuperare local. Aceasta este o instituţie productivă independentă formată din diverse ateliere în care individul psihic produce o gamă variată de obiecte, din plastic, carton metal etc., sub îndrumarea instructorului ergoterapic şi a asistenţei sociale.

Producţia acestor obiecte se execută la comanda diverselor industrii, care constituie şi piaţa de desfacere a acestora. Invalidul primeşte salar lunar în raport cu producţia sa, constituind şi aceasta o motivaţie a activităţii sale.

Diferitele organizaţii de voluntari constituie un sprijin deosebit de important, în determinarea şi desfăşurarea procesului de reabilitare.

Trebuie să relevăm activitatea organizaţiei de voluntari numită Enoş (să fim umani) care a reuşit între altele să mobilizeze familiile bolnavilor psihici, în organizarea unui club cu activitate aproape zilnică, în care contribuţia voluntară a studenţilor în psihloogie este deosebit de importantă. Clubul constituie locul de întîlnire al invalizilor psihici, unde ei se pot manifesta, unde se organizează jocuri distractive, seri dansante, se pot lega prietenii, şi pot găsi răspuns la problemele ce-i frămîntă. Aceasta este una din soluţiile problemei izolării şi autismului pacientului psihic rezidual. După cum se vede activitatea Comunităţii Terapeutice este dinamică cuprinzătoare, se desfăşoară pe mai multe planuri, tinzînd în permanenţă spre scopul final, reabilitarea bolnavului psihic, prevenirea eventualelor recăderi psihotice şi a reinternărilor în spitalul de psihiatrie.

În concluzie psihiatrul trebuie să privească reabilitarea ca un proces elastic, care se străduieşte să reajusteze pacientul mintal defectiv la o societate care nu totdeauna este şi perfectă.

SANATATEA — PARTE COMPONENTA A PROGRESULUI SOCIAL

N. Stratone, Ana Stratone
— Iaşi

În cadrul filosofiei marxiste omul este considerat scopul şi raţiunea oricărei activităţi sociale iar populaţia avuţia supremă a fiecărei ţări. În condiţiile revoluţiei ştiinţifico-tehnice contemporane are loc procesul de urbanizare, industrializare, automatizare etc., care contribuie la creşterea poluării mediului înconjurător. De aceea problema menţinerii stării de sănătate a populaţiei se pune cu deosebită acuitate. În societatea socialistă grija pentru sănătatea populaţiei constituie o latură importantă a procesului multilateral de dezvoltare şi înflorire a întregii naţiuni. Organizînd şi conducînd opera de edificare a societăţii socialiste multilateral dezvoltate, partidul şi statul nostru asigură condiţii pentru afirmarea deplină a capacităţii de muncă şi creaţie a fiecărui membru al societăţii, pentru îmbunătăţirea continuă a stării de sănătate a populaţiei.

Potrivit definiţiei dată de O.M.S., sănătatea este o deplină stare fizică, mintală şi socială a individului şi a colectivităţii umane, fiind deci mult mai mult decît simpla absenţă a bolii sau a invalidităţii. Menţinerea şi promovarea stării de sănătate a populaţiei reprezintă un factor activ al dinamicii progresului material şi spiritual al societăţii. Omul este şi trebuie să rămînă finalitatea şi raţiunea supremă a întregii vieţi şi activităţi sociale. Acest deziderat major se poate asigura numai în condiţiile unei colaborări strînse a tuturor organismelor şi factorilor responsabili care să ofere omului condiţii optime de viaţă şi de muncă. Acest obiectiv principal este urmărit de partidul şi statul nostru prin organizarea pe baze socialiste a ocrotirii sănătăţii, legislaţia de protecţie a mediului înconjurător, crearea unor organisme şi instituţii specializate etc. În acest sens, în Programul — Directivă de cercetare ştiinţifică se arată că: „În domeniul medicinii, obiectivul fundamental al cercetării trebuie să-l constituie menţinerea şi întărirea sănătăţii fizice şi intelectuale a tuturor cetăţenilor patriei, prelungirea duratei vieţii active, dezvoltarea viguroasă a omului, a întregului popor. În acest scop, cercetarea va pune accentul pe cunoaşterea aprofundată a proceselor funcţionale a organismului uman şi valorificarea pe scară largă a cuceririlor biologiei moderne, pentru prevenirea şi reducerea îmbolnăvirilor".

Medicina contemporană trebuie să fie îndreptată mai mult asupra dimensiunilor bio-psiho-sociale ale bolii, asupra adaptării organismului la noul mediu, ţinîndu-se seama de variate stressuri cărora omul trebuie să le facă faţă. Medicina ţine seama de funcţiile, mecanismele şi dinamica proceselor social-economice, de mutaţiile în structurile socio-profesionale, de modul de trai, de faptul că problema sănătăţii şi bolii dobîndeşte atît caracter profesional cît şi social-economic. Ea trebuie să exercite influenţă eficientă la elaborarea modelelor economice, să colaboreze în luarea unor decizii care să corespundă noilor transformări sociale. Dar, pentru ca medicina să se achite de aceste sarcini se impune colaborarea ei cu celelalte ştiinţe socio-umane.

În condiţiile societăţii socialiste, dezvoltarea reţelei sanitare — antiepidemice, supravegherea medicală activă şi sistematică a anumitor grupe de populaţii, extinderea serviciilor şi prestărilor medicale gratuite, curative şi profilactice, îmbunătăţirea bazei materiale, formarea şi perfecţionarea cadrelor medico-sanitare, precum şi alte măsuri, sînt expresii ale preocupării politice partidului şi statului nostru pentru afirmarea deplină, a capacităţii de muncă şi creaţie a fiecărui cetăţean al patriei noastre. Astăzi dispunem de aproape 200 000 paturi în spitale iar în cincinalul următor urmează a fi date în folosinţă noi unităţi spitaliceşti cu încă 15 000 de paturi. Dispunem în prezent de peste 31 000 medici, 6700 stomatologi, 6 000 farmacişti şi peste 13 000 cadre medii, care îşi consacră cu devotament întreaga pricepere şi putere de muncă pentru ocrotirea sănătăţii tuturor cetăţenilor. Apărarea şi întărirea sănătăţii publice constituie un domeniu fundamental de exercitare a umanismului socialist. În acest sens, aşa după cum arată tov. Nicolae Ceauşescu, „Continua îmbunătăţire a condiţiilor de viaţă materiale şi spirituale ale poporului reprezintă scopul suprem al întregii activităţi politice şi organizatorice pe care o desfăşoară partidul nostru de la eliberarea ţării, sensul major al planurilor de edificare economică şi socială pe care le-a elaborat... Este de înţeles că medicii, personalul sanitar trebuie să-şi canalizeze întreaga activitate de zi şi de noapte apărării sănătăţii, preveniri și combaterii bolilor, asigurării tuturor condițiilor ca poporul român să fie un popor sănătos, viguros, în stare să-și îndeplinească cu succes rolul de constructor a socialismului, să facă să înflorească continuu națiunea noastră socialistă".

Sănătatea contribuie la progresul social, economic și depinde în același timp de acesta. Fiecare formațiune socială reprezintă o nouă treaptă a progresului omenirii. Criteriul fundamental al acestui progres îl reprezintă dezvoltarea forțelor de producție. Progresul forțelor de producție nu poate fi opus cîtuși de puțin progresului omului deoarece producția reprezintă manifestare esențială a capacității creatoare acestuia. Referindu-se la procesul de producție și la oameni ca subiecți ai acestuia K. Marx formulează în Manuscrisele din 1857—1858 ideea că „Avem aici în fața noastră propriul lor proces de mișcare în care ei se înnoiesc pe ei înșiși în aceeași măsură în care înnoiesc lumea avuției creată de ei". În condițiile socialismului și comunismului dimensiunea umană a dezvoltării forțelor de producție apare în întreaga ei amploare. În aceste condiții umanismul poate fi transformat dintr-un ideal îndepărtat, abstract, într-o realitate intrinsecă ansamblului dezvoltării sociale. Tocmai spre crearea unui asemenea nou umanism care — așa cum arată tovarășul Nicolae Ceaușescu — „pune pe primul loc omul și totodată îmbină interesele particulare cu cele ale întregii societăți, asigură bunăstarea și fericirea fiecăruia, odată cu a întregului popor" este orientată activitatea partidului nostru.

În funcție de nivelul forțelor de producție se structurează anumite relații de producție, acestea avînd rolul de a stimula sau frîna dezvoltarea forțelor de producție și, ca atare, a modului de producție în ansamblul lui. Totodată, într-o legătură directă sau mediată se creează condiții și pentru dezvoltarea ascendentă a altor domenii ale vieții sociale, pentru progresul de ansamblu al formațiunii sociale. Forțele de producție pot fi considerate criteriul fundamental al progresului social numai în corelație cu celelalte subsisteme ale sistemului social și în primul rînd cu relațiile economice care definesc formațiunea socială. Superioritatea, progresul noilor relații de producție rezultă tocmai din faptul că ele apar pe baza necesităților de dezvoltare ale forțelor de producție. Noile relații de producție aduc cu sine noi legi și forțe motrice ale dezvoltării societății, un nou mod de organizare a muncii, noi stimulente în producție, creînd condiții care favorizează dezvoltarea și folosirea mijloacelor de producție, progresul științei și tehnicii.

Victoria socialismului elimină izvoarele profunde care făceau ca progresul social să aibă un caracter unilateral în capitalism. Caracterul planic al dezvoltării sociale creează posibilitatea orientării ascendente, armonioase a tuturor domeniilor vieții sociale. Progresul capătă astfel un caracter multilateral. O asemenea trăsătură — multilateralitatea — apare pregnant în etapa actuală pe care o parcurge țara noastră în procesul construirii noii orînduiri. Așa după cum arată tovarășul Nicolae Ceaușescu „Noi ne propunem să asigurăm o dezvoltare multilaterală a societății, înflorirea tuturor loturilor vieții sociale, atît a economiei cît și a științei și culturii, perfecționarea conducerii, formarea omului nou, promovarea eticii și echității socialiste".

Progresul social nu se reduce însă la sfera economiei, ci privește totodată structura socială, perfecționarea conducerii tuturor sectoarelor sociale, dezvoltarea democrației socialiste. În acest cadru trebuie subliniat în primul rînd creșterea rolului conducător al clasei muncitoare care în virtutea politicii de industrializare socialistă, devine și clasă majoritară, find chemată să-și spună cuvîntul, nu numai prin reprezentanții ei ci și în mod direct în toate problemele politice interne și externe a țării.

Expresia sintetică a acestor transformări care caracterizează progresul societății noastre în etapa actuală este efortul consecvent și multilateral pentru elaborarea unui nou tip uman caracterizat prin unitate organică între interesele individuale și sociale, conștiință avansată, capacitate creatoare, pricepere profesională, corespunzătoare progresului tehnic contemporan, larg orizont cultural. Pe măsură ce fundamentele noii orînduiri sînt create și dezvoltate, apare din ce în ce mai evident faptul că direcția evenimentelor depinde din ce în ce mai mult de oameni, de valorile care-i călăuzesc, de sensul pe care-l imprimă existența lor, de priceperea lor de a dezvălui tendințele obiective ale realității și de a acționa astfel în cunoștință de cauză, afirmîndu-și personalitatea lor și totodată a societății a cărei expresie sînt.

Progresul socialist, nu se desfășoară lin, fără contradicție. Dealtfel, însăși noțiunea de progres își pierde sensul în afara existenței unor contradicții. De aceea cunoașterea și dezvăluirea lipsurilor, studiul realității sub toate aspectele ei, atît pozitive, cît și negative, constituie o premisă din ce în ce mai importantă a dezvoltării ascendente a societății. Însemnătatea pentru progresul social al dezvoltării și rezolvării la timp a contradicțiilor scoate în evidență creșterea rolului factorului subiectiv, noile aspecte ale dialecticii factorilor obiectivi și subiectivi. Socialismul nu se dezvoltă automat, odată cu premisele sale materiale.

Din cele spuse pînă acum rezultă că marile posibilități pe care le conține orînduirea socialistă, proprietatea socialistă asupra mijloacelor de producție nu pot să devină realitate decît prin acțiunea factorului subiectiv, pri activitatea politică și organizatorică a partidului clasei muncitoare, prin lupta împotriva a tot ceeea ce este perimat, depășit în societate. Factorii socio-economici influențează în mare măsură starea de sănătate a populației. Pe de altă parte, starea de sănătate a oamenilor reprezintă un factor major al progresului social.

CIVILIZAȚIE ȘI SĂNĂTATE MINTALĂ

V. Hrimiuc, Margareta Hrimiuc
— *Iași*

Odiseea cunoașterii umane este tulburătoare și fascinantă dacă ne gîndim că omul abia eșit din preistorie și apoi din civilizațiile arhaice s-a aplecat cu o nestăvilită curiozitate asupra propriei sale ființe, încercînd să descifreze cel mai mare mister al universului uman-omul însăși.

Reflecțiile despre om și științele ontologice au oscilat în funcție de numeroși factori sociali istorici obiectivi și psihologici subiectivi. Pentru exponenții umanismului grec omul este o ființă socială (Democrit), este măsura tuturor lucrurilor (Protagoras), „și trăiesc ca zeii fiindu-le cu mult superior prin natura corpului și a sufletului“ (Xenophon). Deși s-au acumulat pînă în prezent numeroase concepții și teorii cu privire la om și condiția umană nu ne apare surprinzător că în secolul nostru, poate apare o carte „Omul — acest necunoscut“, deoarece ființa sa spirituală, istorică, culturală și chiar biologică constituie un izvor inepuizabil pentru cunoașterea sa științifică și etico-filozofică.

În concepția filozofică materialistă, deterministă-științifică și umanistă a lui P. Brânzei omul ne apare „ca o structură bio-psiho-socială, unitară și totodată dinamică“ în care determinările sale naturale sînt premize ale realizării umane, iar condițiile sociale îi conferă nemijlocit posibilitatea de a se realiza ca om. Unitatea dintre natural, social și psihologic în însăși structura ființei umane, stabilește de fapt corelația dintre conceptul antropologic al naturii umane, conceptul ontologic de esență umană și cel istoric de condiție umană.

În legătură cu natura umană problema cea mai controversată a fost aceea dacă omul este bun sau rău de la natură și în ce sens este influențat de societate, civilizație, știință, artă etc.

Epocile de tranziții sau cele de intensificare a contradicțiilor sociale au împins concepțiile despre om pe culimile pesimismului și al disperării. La Bruyère se înșela cînd afirmă că omul are prea puține resurse în sine și devine blînd și onest numai în momentele de disgrație și umilință, fără a nega totuși, în tendința de a se realiza și depăși pe sine elementele dramatice, tensionale, exprimate cu o inegalabilă forță dramatică de Pascal. Condiția omului nu poate fi doar nestatornicie și neliniște, ci ea recunoaște o prometeică voință de a risipi tenebrele și a face să pătrundă în universul său, lumina rațiunii, cu toate că reflecțiile despre el, au oscilat întotdeauna între orizontalitatea materială și verticalitatea spirituală.

Civilizația a adus cu sine o explozie de bunuri materiale în scopul ușurării activităților umane, dar civilizația nu poate fi sinonimă cu cultura deoarece poți trăi civilizat fără însă a fi cult. La noi, aceste două aspecte, înțelese în sensul larg — totalitatea bunurilor materiale și spirituale produse de societate — merg paralel și au un caracter de masă, ceea ce conferă o bază în plus dezvoltării personalității și condiției umane.

Civilizația a impus anumite raporturi posibile între om și natură, dar modul cum acesta pătrunde în natură a determinat apariția unor dezechilibre ecologice prin producerea unor bunuri de consum și servicii „neproductive“ de lux cu o capacitate tehnică industrială foarte dezvoltată în care „demodarea“ planificată este o condiție în goana după profit, dezvoltînd și acumulînd o multitudine de trăsături psihice, menite să-l urîțească pe om, să-i frîngă elanurile și setea de adevăr, să-l umilească, să-i cultive instinctul de posesiune, agresivitate, egoism și lăcomie. Controlul, manipularea și cercetarea pseudoștiințifică a comportamentului individului, avînd ca scop valorificarea economică și politică, au săpat și mai adînc contradicțiile în sînul societăților zise de consum, interpretate pseudoștiințific ca un sindrom care indică „funcționarea normală a societății abundente“. Eric Fromm în cartea sa The Sane Society, arată că societatea de consum este bolnavă deoarece instituțiile și relațiile ei fundamentale sînt în așa fel alcătuite încît nu permite utilizarea resurselor materiale și intelectuale existente, pentru dezvoltarea optimă a condiției și personalității umane. În acest sens, cu cît prăpastia dintre statutul posibil și cel real al omului este mai mare, cu atît devine mai necesară represiunea suplimentară“, care determină apariția unor noi tensiuni și tare, oprimarea pulsiunilor vitale, fenomen care generează agresivitatea. Aceste aspecte nu pot fi rezolvate însă în cadrul psihologiei sau a „terapiei individului“, deoarece soluția este pe plan politic, împotriva societății ca sistem de trebuință inechitabil repartizate.

Istoria a demonstrat că, decăderea civilizațiilor preindustriale s-au datorat tocmai acestor cauze de natură socială, dar și unor factori care au dus la pierderea controlului asupra mediului fizic și uman. Dispariția civilizației din bazinul Tigrului și Eufratului, civilizației preindiană din Ceylon, civilizației precolumbiană din America și chiar căderea imperiului roman, au avut pe lîngă cauze de ordin social și cauze legate de dezechilibru ecologic, de distrugere a habitatului lor natural în care s-au format. În etapa contemporană mediul înconjurător este dominat de lumea producției industriale de masă, constituind un factor modificator asupra întregului suport ecologic, activitatea umană apărînd ca un subsistem al mediului. Prin extragerea de materii prime scoarța terestră pierde o parte din constituienții ei pe care nu-i mai primește în aceleași forme și proporții. Din suprafața totală inițială acoperită de păduri aproape jumătate a fost distrusă, în ultimii 300 de ani au fost distruse 200 genuri animale și vegetale, 290 genuri sînt pe cale de dispariție, iar 1000 genuri sînt foarte rare. Din domeniul mării după J. Cousteau în ultimii 50 de ani au dispărut cca. 1000 specii.

O dezvoltare planificată, raţională, de termen scurt sau lung, controlul progresului tehnic conceput ecologic, poate constitui un antidot în coexistenţa dintre om şi natură. Dezvoltarea echilibrată a civilizaţiei contemporane prin planificarea problemelor ştiinţifice în vederea previziunii şi preîntîmpinării dezechilibrului ecologic, presupun condiţii sociale adecvate, pentru dirijarea revoluţiei tehnico-ştiinţifice. Ca o necesitate obiectivă, se impune luarea în discuţie în etapa actuală de dezvoltare a societăţii care tinde spre progres şi civilizaţie, cercetări şi studii de ecologie specifică umană (socială, culturală şi mentală). Ecologia socială implică analiza diferitelor forme de viaţă socială în strînsă relaţie cu mediul extern, dar şi transformarea acesteia sub acţiunea comună a oamenilor. Ecologia culturală se adresează societăţii căci nu există societate oricît de primitivă fără un minimum de cultură aşa cum de altfel se exprimă etnologul german Karl Weule în cartea sa „Cultura celor fără de cultură". Înglobînd toate activităţile social-umane menite să uşureze raporturile omului cu mediul fizic social sau mental, asigură un echilibru cît mai stabil de natură adaptativă dar şi adaptatoare. Cultura este cu atît mai avansată cu cît este mai îndepărtată de antropogeneză, putînd destinge o cultură materială, spirituală şi socială deşi aceste împărţiri sînt relative, ele condiţionîndu-se reciproc. Pe drept cuvînt culturologii consideră civilizaţiile industriale superioare celor agrare, existînd chiar anumite gradaţii pentru fiecare gen de cultură materială. Actual cultural a complicat şi complică raporturile cu mediul natural prin selecţie, interpunînd între acestea obiceiuri, practici, principii, norme, cerinţe etc. în sens pozitiv sau negativ.

Fără a subestima influenţa altor cauze, factorii sociali, modelul după care se dezvoltă o societate are un rol determinant şi demonstrat în formarea personalităţii umane, în sensul împlinirii şi realizării aspiraţiilor tuturor membrilor societăţii. Sub ochii noştri asistăm la deviaţii comportamentale a unor clase în societatea de consum, aşa zisele comportamente ostentative în etalarea bogăţiilor materiale, practici antisanitare (alcoolismul, drogarea), afirmîndu-se că omul este un animal denaturat, pentru că este rapace în goană după profit, dezvoltînd agresivitatea, corupţia şi animalitatea. Totuşi aceste aspecte ale societăţii „abundenţei" nu au putut şi nu vor putea distruge pe omul erou, omul muncitor al bunelor speranţe, a cărui voinţă prometeică nu poate fi înfrîntă. Putem concluziona că, cultura depinde de modul în care aceasta împiedică sau înlesneşte adaptarea omului la mediul social şi mai ales adaptarea mediului social la om. Fenomenele psihice inclusiv personalitatea umană au largi implicaţii în acest proces, nuanţîndu-se o ecologie mentală în strînsă dependenţă cu cea socio-culturală. Oamenii se nasc cu aptitudini pentru învăţare şi pentru creaţie, dar acest fenomen practic se evidenţiază mult mai tîrziu în contact cu instituţiile culturale şi cu sprijinul colectivităţii. Personalitatea nu mai poate fi concepută ca ceva înăscut, ci ca un produs al societăţii şi culturii, fără a nega prin aceasta zestrea ereditară, cu un potenţial care se transformă în virtualitate numai în mediul socio-cultural adecvat. Se stabilesc astfel raporturi de interdependenţă şi interacţiune dintre personalitate ca întreg al tuturor fenomenelor mentale şi mediul său de viaţă socio-cultural.

Chiar elevii lui S. Freud au recunoscut rolul societăţii în formarea personalităţii (Adler), iar psihiatrul nord-american H. S. Sullivan autorul teoriei interpersonale a psihiatriei, arată că „inidvidul nu există în afara relaţiilor sale cu alţi indivizi". Un om solitar este o simplă ficţiune. El admite „existenţa unui mediu strict mental care totuşi determină modul de a fi, de a gîndi, de a simţi şi a acţiona al oamenilor". Kurt Lewin vorbeşte de un spaţiu de ordin strict mental pe care îl numeşte „mediu psihologic", care împreună cu persoana formează „spaţiul de viaţă", format de tot ceea ce poate determina comportamentul uman, prin intermediul conştiinţei. El foloseşte termenul de ecologie psihologică pentru interdependenţele şi interacţiunile dintre lumea psihologică şi cea nepsihologică. Semnificativ pentru ecologia mentală este faptul că omul are nevoie pe lîngă mediul fizic, social şi cultural, de un mediu afectiv, ceea ce face ca, în raporturile conştiente cu mediul să reacţioneze după opiniile, interpretările, judecăţile şi chiar prejudecăţile sale, şi nu după ce este acesta cu adevărat, de unde şi posibilitatea de a greşi pornind de la o premiză greşită. În acest sens, imaginaţia sau „universul imaginar" replică independentă a celui real, porneşte totuşi de la cunoaştere, dar îl poate îndepărta pe om de realitate chiar pînă la forme patologice de trăiri, cu pierderea sentimentului realităţii.

În zilele noastre omenirea este confruntată cu probleme grave privind, explozia demografică, degradarea mediului înconjurător, creşterea neraţională a consumului energetic, a forţei armelor de distrugere, fenomene generate de inechităţile sociale, complexe, fapt ce impune o intervenţie activă a omului în privinţa ameliorării factorilor de ordin biologic, sociologic, psihologic şi cultural.

CALITATEA VIEŢII ŞI MEDICINA OMULUI SĂNĂTOS

C. Gh. Marinescu, R. Duda
— Iaşi

Prin calitatea vieţii înţelegem o categorie sociologică, cu largi implicaţii în toate domeniile umanului, care cuprinde totalitatea amenităţilor naturale şi culturale, varietatea, cantitatea şi calitatea bunurilor şi serviciilor aflate la dispoziţia tuturor membrilor societăţii. Ea constă în totalitatea posibilităţilor oferite individului de către societate pentru a-şi amenaja existenţa de a dispune de produsele ei şi de a-i folosi serviciile pentru a-şi organiza existenţa individuală.

Conţinutul calităţii vieţii se determină cu ajutorul unui sistem de indicatori sociali, care pot fi grupaţi — în funcţie de criterii — în indicatori ce caracterizează calitatea vieţii materiale (habitat, venituri, buget, aprovizionare, gradul de valorificare a resurselor, de păstrare a bunurilor obşteşti ş.a.), calitatea vieţii biologice (sănătate, asigurare împotriva violenţei, asistenţă medicală, calitatea mediului înconjurător ş.a.), calitatea culturii spirituale (accesul la educaţie, gradul de folosire, circulaţie şi creştere a cunoştinţelor, nivelul ambianţei culturale ş.a.), calitatea vieţii inividuale, psihosociale (gradul de valorificare socială a aptitudinilor şi capacităţilor individuale) calitatea vieţii familiale (gradul de participare la viaţa obştească, moralitatea ş.a.).

Starea de sănătate a populaţiei ocupă un loc important în cadrul listei de indicatori alcătuită de O.N.U. şi O.M.S., pentru aprecierea calităţii vieţii, sănătatea şi starea demografică ocupînd primul loc pe această listă.

Programul P.C.R. de făurire a societăţii socialiste multilateral dezvoltate şi înaintare a României spre comunism situează în centrul întregii opere de edificare a noii orînduiri omul, factorul esenţial al dezvoltării economico-sociale, satisfacerea în tot mai bune condiţii a cerinţelor sale de viaţă, dezvoltarea lui armonioasă, fizică, intelectuală şi morală, afirmarea deplină a capacităţii de muncă şi de creaţie, a personalităţii fiecărui membru al societăţii.

In spiritul umanismului revoluţionar ce caracterizează întreaga politică a partidului şi statului nostru, în cadrul programului general de dezvoltare economică şi socială a ţării, de ridicare a gradului de civilizaţie şi cultură a poporului, societatea asigură tuturor cetăţenilor condiţii tot mai bune pentru întărirea continuă a stării de sănătate, pentru ocrotirea şi consolidarea familiei, creşterea, pregătirea şi educaţia noilor generaţii, crearea unei ambianţe generale cît mai propice dezvoltării sănătoase, menţinerii vigorii şi tinereţii întregii naţiuni.

Prevenirea şi combaterea cauzelor de îmbolnăvire, prelungirea duratei activităţii şi vieţii omului, creşterea unor generaţii noi, viguroase, reprezintă principii de bază ale politicii sanitare a partidului şi statului. În acest scop, societatea alocă o pondere importantă din mijloacele ei materiale pentru înfăptuirea unui complex de măsuri economice, sociale, culturale şi sanitare, care să conducă la dezvoltarea şi întărirea continuă a sănătăţii populaţiei, la valorificarea factorilor naturali pentru consolidarea acesteia, la refacerea şi recuperarea capacităţii de muncă, la perfecţionarea calităţii asistenţei medicale, la ridicarea nivelului de pregătire a personalului medico-sanitar şi la îmbunătăţirea continuă a dotării unităţilor medicale. Cercetarea ştiinţifică medicală, factor important al progresului multilateral al activităţii de asigurare a sănătăţii, în concordanţă cu progresul tehnico-ştiinţific şi cu cerinţele impuse de evoluţia societăţii, trebuie să fie legată tot mai strîns de om, de societate, de cunoaşterea proceselor fundamentale ale vieţii, de cerinţele practicii medicale şi sociale.

Potrivit Constituţiei R. S. România, statul garantează dreptul la ocrotirea sănătăţii şi asigură accesul neîngrădit al tuturor cetăţenilor, fără nici o discriminare, la asistenţă medicală.

Unităţile medicale, organizaţiile socialiste, întreaga colectivitate şi fiecare cetăţean în parte au obligaţia să contribuie activ la crearea şi menţinerea condiţiilor corespunzătoare, sanogenetice de viaţă şi de muncă, în vederea apărării şi promovării stării de sănătate a populaţiei. Medicii, întregul personal sanitar trebuie să fie militanţi activi pentru asigurarea sănătăţii oamenilor muncii, să manifeste dragoste pentru om, dăruire şi pasiune în realizarea obligaţiilor ce le revin, să fie oricînd la dispoziţia cetăţenilor, să aibă în întreaga lor activitate o înaltă ţinută morală, să-şi ridice permanent nivelul de pregătire. În sistemul socialist de ocrotire a sănătăţii, personalul medico-sanitar manifestă un înalt spirit de responsabilitate morală şi profesională.

Legea privind asigurarea sănătăţii populaţiei (1978) prevede că organele de conducere ale activităţii medico-sanitare, unităţile şi întreg personalul sanitar răspund de înfăptuirea politicii partidului şi statului în domeniul sănătăţii publice, de aplicarea programelor privind asigurarea sănătăţii şi a tuturor celorlalte măsuri de îmbunătăţire permanentă a asistenţei medicale. Prin aceasta, sectorul medical exercită un însemnat rol social, aducîndu-şi contribuţia la progresul multilateral al patriei.

Paralel cu dezvoltarea bazei materiale în toate sectoarele de activitate, s-au dezvoltat şi condiţiile necesare asigurării unei asistenţe medicale utilizarea cît mai economică şi mai eficientă a unităţilor şi personalului medico-sanitar. Cel mai concludent eveniment în acest sens îl reprezintă Plenara C.C. al P.C.R. din octombrie 1968, cînd s-a analizat starea de sănătate a populaţiei ţării şi au fost elaborate Directivele C.C. al partidului cu privire la îmbunătăţirea asistenţei medicale a populaţiei din R. S. România.

Perfecţionarea organizării şi conducerii întregii activităţi sociale cuprinde şi sectorul de asigurare a sănătăţii populaţiei, sectorul sanitar. Primenirile permanente pe care le cunoaşte sistemul de organizare sanitară, adaptarea acestuia la cerinţele actuale incubă substanţial îmbunătăţiri în atitudinea cadrelor medico-sanitare faţă de noile imperative. Etapa pe care o parcurgem solicită într-un înalt grad aportul celor care lucrează în domeniul sănătăţii publice. În acest sens, tov. Nicolae Ceauşescu spunea : „Credem că prima îndatorire, prima sarcină a medicului este să-şi sporească aportul la prevenirea îmbolnăvirilor, să ţintească prin întreaga sa activitate ca poporul român — şi în primul rînd tineretul — să fie cît mai sănătos. Numai în felul acesta se va putea aprecia că într-adevăr corpul nostru medical îşi face pe deplin datoria“. Sînt binecunoscute preocupările partidului şi statului pentru o asistenţă medicală în care rolul principal să-l aibă prevenirea bolilor. Profilaxia primară, prevenirea îmbolnăvirilor nu este însă o acţiune uşoară. Ea cere în primul rînd o muncă organizată, științific condusă, riguroasă, o asistență medicală eficientă, în măsură să preîntîmpine apariția fenomenelor morbide.

Organismul uman și condițiile necesare vieții lui reprezintă o unitate, care rezultă din interacțiunea dintre individ și mediul lui de viață, natural și social. Sănătatea și boala sînt rezultate ale interrelațiilor complexe stabilite între organismul uman, cu structura lui genetică (inclus într-o anumită constelație demografică și avînd un comportament specific grupului social din care face parte) și mediul natural și social, cu întreaga lor complexitate. Conceptul ecologic constituie punctul de plecare pentru o planificare globală, integrată a dezvoltării ocrotirii sănătății, planificare ce are în vedere atît valoarea acțiunilor vizînd influențarea geneticii umane, cît și necesitatea primordială a măsurilor aplicate în virtutea unei orientări profilactice. Conceptul de ecologie umană vine în întîmpinarea unei evoluții a organizării ocrotirii sănătății către gîndirea sistematică, prin înțelegerea reală a scopului medicinei, acela de a elibera lumea de boală și suferință.

Medicina contemporană se orientează tot mai mult către punctul de vedere preventiv și social, evoluînd de la curativism către profilaxie, de la individ către colectivitate. Dar, orientarea profilactică a medicinei se bazează pe cunoașterea științifică a interrelațiilor dintre organism și boală. Numai astfel pot fi preveniți factorii cauzali și de risc ai bolilor cu largă răspîndire, transmisibile și netransmisibile.

Definirea curentă a conceptului de sănătate, acceptată de O.M.S. și înscrisă în preambulul Constituției acestui for internațional, subliniază faptul că prin sănătate trebuie înțeleasă „o completă bunăstare fizică, mintală și socială, care nu constă numai în lipsa bolii sau infirmității“.

Starea de sănătate a populației este influențată de numeroși și complecși factori ai mediului social și ai mediului fizic extern, care își exercită influența lor cu o intensitate variabilă nu numai în funcție de perioadele istorice caracterizate prin relații de producție și formațiuni social-economice diferite, dar și în raport cu nivelul de tehnică și de știință, de posibilitățile oferite de medicină și gradul de accesibilitate a populației la noile achiziții tehnico-științifice, după medii și zone geografice etc. Principalii factori care influențează starea de sănătate a populației și care trebuie avuți în vedere în elaborarea măsurilor de prevenire primară a îmbolnăvirilor sînt: factori biologici, demografici, sanitari, ecologici, factori ai mediului fizic și ai mediului social.

Omul, ființă complex și multiplu determinată (biologică, psihologică, dar și culturală, axiologică, nu poate fi privit astăzi de către medicină decît în mod integrat, sub toate unghiurile multiplelor lui fațete. Medicina antropologică, orientarea modernă a medicinei, își propune abordarea și soluționarea problemelor de sănătate ale omului în toată complexitatea lor, printr-un efort multi- și interdisciplinar. Studiul sănătății omului se află la o răscruce unde se întîlnesc biologia, genetica, ecologia, psihologia, sociologia, pedagogia ș.a. Antropologia actuală este nu numai o biologie a speciei umane, ci și o antropologie socială și culturală, prin situarea omului într-un univers tot mai larg.

Conținutul noțiunii de profilaxie a variat mult în cursul timpului. În funcție de înțelegerea mai îngustă sau mai largă a noțiunii de profilaxie au variat și măsurile de aplicare a acesteia în practica asigurării sănătății publice. Abia în cadrul sistemului socialist de ocrotire a sănătății, această noțiune a dobîndit un conținut larg, care vizează două laturi importante:

1. Prima latură a profilaxiei vizează marile acțiuni de stat cu caracter economic și social-cultural, care asigură satisfacerea nevoilor materiale și culturale ale societății și membrilor ei. Aceasta înseamnă: grija statului pentru condiții sănătoase de viață și de muncă, ziua de muncă de 8 ore, concedii de odihnă și de boală plătite, asistența medicală gratuită, dezvoltarea unei largi rețele de ocrotire a mamei, copilului și tineretului, dezvoltarea educației fizice și sportului de masă, dezvoltarea largă a rețelei sanatoriilor și casele de odihnă din localitățile balneo-climaterice, ș.a. Statul nostru realizează de asemenea acțiuni importante de sistematizare și urbanizare a localităților (centrelor populate), de construcție de locuințe, de dezvoltare a industriei alimentare și a bunurilor de larg consum etc.

În țara noastră au fost luate, în ultimul deceniu, o serie de măsuri legislative deosebit de importante pentru asigurarea unor condiții sanogene de viață și pentru combaterea unor efecte secundare, nedorite ale progresului economic și social, al urbanizării și industrializării, chimizării agriculturii, dezvoltării transporturilor etc. Amintim dintre acestea: Legea nr. 9/1973 privind protecția mediului înconjurător, Legea apei (1974), Legea privind sistematizarea teritoriului și a localităților urbane și rurale (1974), precum și Programul național pentru dezvoltarea și conservarea fondului forestier pentru perioada 1976—2010. Aceste măsuri de stat vor duce neîndoielnic la îmbunătățirea calității mediului înconjurător și a stării de sănătate a populației.

2. A doua latură a profilaxiei se referă la complexul măsurilor de igienă a mediului de viață, a măsurilor antiepidemice și de protecție a muncii, care contribuie la asigurarea bunăstării igienice și epidemiologice a populației. Aici se includ și totalitatea măsurilor cu caracter profilactico-curativ, menite să prevină bolile și recăderile, complicațiile și recidivele, stările de invaliditate, prin depistarea activă și precoce a bolilor și instituirea timpurie a unor măsuri cu caracter medical și social. Complexul de măsuri oferit de metoda supravegherii medicale active de masă, a supravegherii epidemiologice și, mai ales, prin dispensarizare, se asigură o bună prevenire și combatere a bolilor la nivel populațional.

Revoluția științifică și tehnică contemporană a determinat și determină o gamă de mutații și consecințe pe plan medical și al sănătății populației, în domeniul politicii sanitare a statelor etc. Relevante sînt mai cu seamă consecințele pozitive din domeniul medicinei preventive, care au contribuit considerabil la dezvoltarea ei, lărgind mijloacele de prevenire și combatere, de eradicare chiar a unor boli, ceea ce a determinat con-

diţii mai bune pentru asigurarea sănătăţii, pentru pre-
lungirea vieţii oamenilor. Printre efectele pozitive ale
revoluţiei ştiinţifice-tehnice asupra sănătăţii popula-
ţiei trebuie menţionate cele care influenţează, prin me-
canisme automate, microclimatul unor întreprinderi,
asigurînd cele mai bune condiţii igienice de muncă,
prin menţinerea unei temperaturi adecvate, a unei bune
aeraţii, a atenuării zgomotului, a iluminării corespun-
zătoare naturii muncii şi locului de muncă etc. O
consecinţă biologică a progreselor socio-economice care
reflectă nemijlocit revoluţia tehnico-ştiinţifică este
aceea că mortalitatea infantilă, tuberculoza, malaria,
o serie de boli infecto-contagioase deosebit de grave
au fost stăpînite şi chiar eradicate. Studii socio-me-
dicale de prestigiu au arătat că nu numai relaţia dia-
lectică dintre nivelul ştiinţei şi tehnicii, şi progresele
medicinei în fiecare epocă, ci şi influenţa directă exer-
citată de modul şi standardul de viaţă reflectare a pro-
gresului socio-economic asupra stării de sănătate. Numeroase statistici ale O.M.S., precum şi cercetările efectuate de diverşi autori au demonstrat că în ţările cu o economie slab dezvoltată, în care ştiinţa şi tehnica modernă au o pondere neînsemnată în viaţa socială, predomină bolile infecţioase, mortalitatea infantilă, subnutriţia cu toate consecinţele ei.

In ţările puternic industrializate, unde-şi găsesc o largă aplicabilitate cuceririle ştiinţei şi tehnicii, în morbiditatea şi mortalitatea populaţiei predomină bolile cardiovasculare, tumorile, invaliditaţile datorate accidentelor, bolile neuropsihice ş.a. Poluarea mediului înconjurător, problemă complexă şi cu largi rezonanţe în întreaga viaţă social-culturală şi economică, ca şi în asigurarea sănătăţii populaţiei nu reprezintă un simplu subiect „la modă", chiar pentru ţările care în prezent nu sînt confruntate intr-un mod ingrijorător cu consecinţele secundare, nedorite ale progresului tehnico-ştiinţific şi civilizaţiei, cum este ţara noastră. Fără menţinerea în viitor a sănătăţii mediului nu poate fi realizată promovarea sănătăţii omului.

Pentru comportamentul raţional al omului faţă de natură important este faptul ca aceasta să fie considerată un întreg, în care toate structurile şi procesele sînt interdependente, se influenţează reciproc, într-un nesfîrşit lanţ de cauze şi de efecte, astfel încît orice intervenţie nechibzuită are consecinţe destructive greu de prevăzut şi redutabile.

In acest fel, protecţia mediului înconjurător reprezintă o problemă de interes naţional şi internaţional. În ţara noastră, ea face parte integrantă din activitatea generală de dezvoltare economico-socială planificată a ţării, în concordanţă cu principiile fundamentale ale politicii partidului şi statului. Îndeplinirea obiectivului fundamental al politicii P.C.R. — satisfacerea tot mai completă a necesităţilor materiale şi spirituale ale întregului popor — impune cu necesitate ca dezvoltarea multilaterală a forţelor de producţie, avînd la bază valorificarea superioară a resurselor materiale şi umane ale ţării şi folosirea din plin a cuceririlor progresului tehnico-ştiinţific contemporan, să se facă în condiţiile protejării mediului înconjurător, factor de importanţă vitală pentru sănătate.

O caracteristică importantă a civilizaţiei contemporane este şi presiunea demografică. Niciodată în trecut, populaţia globului nu a crescut într-un ritm atît de accelerat, urmînd ca în anul 2000 să atingă 6—7 miliarde locuitori. Desigur că, această creştere fără precedent, care va ridica o serie de probleme umanităţii, este şi un reflex al progreselor ştiinţelor medicale şi ale igienei.

O însemnătate deosebită în promovarea medicinei omului sănătos o are activitatea de educaţie sanitară. Obiectivul fundamental al educaţiei pentru sănătate a populaţiei îl reprezintă în dezvoltarea în rîndul acesteia. încă de la vîrstele cele mai fragede, a unei concepţii şi a unui comportament igienic, în scopul apărării sănătăţii proprii, dezvoltării armonioase şi întăririi organismului, cît şi al participării active la asigurarea sănătăţii colectivităţii. Totodată, participarea activă şi conştientă a populaţiei la conducerea şi apărarea propriei sănătăţi, prin intermediul organelor de stat şi ale organizaţiilor de masă şi obşteşti reprezintă o dimensiune de bază a ocrotirii sănătăţii în sistemul socialist.

Conceptul medicinei omului sănătos are ca obiectiv, în ţara noastră, elaborarea şi aplicarea — prin sistemul statal de asigurare a sănătăţii populaţiei — a unor măsuri complexe de apărare, promovare şi întărire a sănătăţii şi capacităţii de muncă, de prevenire şi combatere a bolilor şi invalidităţilor, de creştere a duratei active a vieţii şi a longevităţii omului.

Aşa cum se arată în legea nr. 3/1978 privind asigurarea sănătăţii populaţiei, „asigurarea sănătăţii populaţiei, afirmarea deplină a capacităţii de muncă şi creaţie a omului, creşterea şi educarea unor generaţii viguroase, capabile să perpetueze şi să ducă mai departe înaltele virtuţi morale şi spirituale ale poporului, constituie obiective principale ale politicii partidului şi statului în procesul multilateral de dezvoltare şi înflorire a patriei, de ridicare a bunăstării şi prosperităţii întregii naţiuni".

ECHILIBRUL PSIHO-SOCIAL ŞI LONGEVITATEA

C. Bogdan, Irene Talaban
— *Bucureşti*

Longivitatea se defineşte ca o etapă a existenţei umane, neobligatorie, constînd în atingederea unei vîrste care depăşeşte 85 de ani.

Cercetarea fenomenului longevităţii ca atare impune dintru început două dimensiuni majore :

— dimensiunea cantitativă, corespunzătoare evaluării cronologice ;

— dimensiunea calitativă, raportabilă la analiza şi cunoaşterea proceselor biologice. psihologice şi sociale care alcătuiesc conţinutul vieţii individului şi statutul şi rolurile sale de longeviv, această cunoaştere aparţinînd domeniului de studii al ştiinţelor preocupate de etapa post adultă a existenţei umane. Considerăm că această a doua dimensiune suportă la rîndul ei o trihotomie :

— longevitate calitativ inferioară constînd în conservarea unor disponibilităţi minime de asimilare şi acomodare ale sistemelor vitale, conservare ce implică o cvasi-independenţă biologică la nivel de echilibru liminar, persoana fiind total psiho- şi sociodependetă ;

— longevitate calitativ medie constînd în conservarea disponibilităţilor adaptative cu asigurare a independenţei biologice şi implicînd o dependenţă psihologică şi socială majoră ;

— longevitate calitativ superioară, cunoscută ca „longevitate activă" şi care nu pune probleme de dependenţă biologică iar din punct de vedere psihologic şi social se caracterizează prin păstrarea integrităţii şi identităţii mentale şi structurale pe de o parte, iar pe de altă parte printr-o dinamică relaţională echilibrată şi echilibrantă.

Considerăm că înţelegerea longevităţii într-o perspectivă eficientă nu se poate realiza decît printr-o abordare ştiinţifică a fenomenului ca atare în implicaţiile sale cauzale şi dinamice (procesuale) ceea ce ar permite alcătuirea unui model ideal al longevivului (nu în sens de iluzoriu ci în sens de obiect ideal al ştiinţei), necesar atît cunoaşterii realităţii în sine cît şi orientării, după criterii corespunzătoare, a intervenţiei constructive.

Ne propunem o încercare de abordare teoretică a longevităţii calitative, menţionînd că este vorba de o abordare selectivă. În acest sens considerăm necesară precizarea unor noţiuni cu care trebuie să operăm în înţelegerea fenomenului longevităţii cu referire la domeniul psiho-social în condiţiile în care echilibrul biologic (biostazia) nu suferă modificări patologice semnificative.

Este cunoscut faptul că Moore defineşte homeostazia ca fiind totalitatea răspunsurilor fiziologice responsabile de echilibrarea mediului intern (stady state) în urma unei provocări. Claude Bernard demonstrează că procesul vieţii se datoreşte în principal unor reacţii chimice ; studiind secreţia gastrică, intestinală şi pancreatică, el demonstrează că orice organism are un mediu intern cu o compoziţie constantă fapt ce ar permite respectivului organism să trăiască independent de mediul extern ; Walter Bradford Canon arată că acest mediu intern se autoreglează printr-o serie de reacţii, autoreglaj pe care el îl numeşte homeostazie.

Extrapolînd noţiunea de homeostazie la cele trei dimensiuni definitorii pentru individul uman şi operînd modificările de rigoare pe specificul fiecărei dimensiuni afirmă că echilibrul biopsihosocial reprezintă o sinteză integratoare a : biostaziei — echilibrul biologic (autoreglajul biologic), psihostaziei — echilibrul psihologic (autoreglajul psihologic), sociostaziei — echilibrul social (autoreglajul de statut şi de rol).

Aceste noţuni nu au numai o acoperire semantică ci riguros ştiinţifică iar conţinutul lor este particular domeniului psihologic şi social, domenii care, comparativ cu cel biologic, au un deficit noţional. Evaluînd biologicul la valoarea sa reală credem că celelalte două laturi ale fiinţei umane — psihologicul şi socialul — sînt mai puţin cercetate. Persoana umană nu se supune unilateralizării constînd în abordarea sa ca obiect de studiu esenţial şi suficient biologic. Chiar din punct de vedere al constituirii ei, genetic şi ontic, persoana se defineşte printr-o procesualitate cu finalitate triplă definitorie. Nu întîmplător s-au stabilit categorii noţionale ca : vîrstă mentală, vîrstă psihologică, vîrstă socială, moarte psihologică, moarte socială, perignostic, sociogeneză, psihogeneză (privind diverse îmbolnăviri) terapie culturală, terapie ambientală, etc., categorii cărora le acordăm credit atît teoretic cît şi practic.

Considerăm că în cadrul longevităţii calitative medii şi superioare procesele de psihostazie şi sociostazie au un conţinut antropologic şi ele implică nu atît procesele socializării cît peacelea ale resocializării care, fireşte, depind de primele dar nu decurg din ele. Din punct de vedere biologic se vorbeşte despre devitalizare ; din punct de vedere psiho-social putem vorbi de desocializare, fenomen care, asociat devitalizării specifice vîrstnicului, poate amplifica procesele de demenţiere ; considerăm de asemeni necesar să precizăm că în ce priveşte vîrstnicul, desocializarea se poate remite printr-un / în alt proces, orientat şi dirijat, numit de noi resocializare. Chiar la vîrstnicul longeviv se păstrează un coeficient de activism constînd pe de o parte în conservarea capacităţilor mentale şi structurale de tip cognitiv şi motivaţional-afectiv, pe de altă parte în conservarea disponibilităţilor de deschidere către lumea exterioară, deci de relaţionare. Importantă, chiar fundamentală ca dimensiune activă în menţinerea psiho şi sociostaziei longevivului, prin intervenţii corespunzătoare resocializării, este stimularea motivaţională ; ea constituie un mijloc de instrumentare împotriva agresiunilor de tip resocializant şi devitalizant, agresiuni a căror incidenţă, intensitate şi rezonanţă devine progresivă pe măsura înaintării în vîrstă şi mai ales odată cu trecerea pragului spre longevitate.

PERSPECTIVE PSIHO-SOCIOLOGICE ÎN ABORDAREA UNOR FENOMENE DE INADAPTARE

A. Popescu, S. M. Rădulescu
— *Bucureşti*

Privit din punct de vedere al psihologului sau sociologului care lucrează în domeniul medical, fenomenul îmbolnăvirii oferă nenumărate ocazii de a studia comportamentele psiho-sociale în raport cu adaptarea individzilor la un mediu în continuă schimbare şi transformare. Elaborarea unor noi metodologii de abordare a bolilor, investigarea lor cu mijloace specifice, a permis studierea relațiilor dintre adaptare și inadaptare din perspectiva raporturilor mai largi dintre normal și patologic. Cercetările făcute în acest sens au arătat gradul de influență exercitat de către mediul psiho-social asupra patologiei umane, demonstrînd totodată caracteristicile biunivoce ale interrelației dintre inadaptare și boală.

Dacă în cadrul strict biologic boala poate fi definită dificil — în esență — ca o anumită stare a individului, care implică lipsa de continuitate biologică și ruperea armoniei organismului în raporturile sale cu mediul, considerarea unor variabile psiho-sociale și culturale mai largi, a impus înțelegerea sănătății ca o stare „normală", iar a bolii ca o stare de „deviație" de la normal...

Desigur, uneori se consideră suficient a defini în mod simplu sănătatea ca absență a bolii, dar punerea în relație a celor 2 noțiuni nu rezolvă cu nimic problema obiectivității acestei definiții.

Medicina dorește într-adevăr să fie obiectivă, dar atunci cînd se confruntă cu problemele definiției bolii este nevoită să facă apel nu numai la elementul biologic, negarea etiologiei bolii, a cauzelor biologice care o produc. Deseori, însă, factorii sociali, psihologici și culturali implicați în etiologia bolii și în comportamentul bolnavilor, ne împiedică să afirmăm existența unei singure cauze pentru o anumită tulburare patologică. Noțiuni cum ar fi cauzalitate multiplă a bolilor, „morbotropism", „morbiditate diferențială" încearcă să caracterizeze tocmai acest lucru. Dacă boala este într-adevăr o formă de inadaptare la mediu, o deviere de natură biologică definită în termenii consensului clinic, nu se poate nega rolul care revine contextului psiho-social și cultural. De aceea, deseori definițiile bolilor diferă după normele și standardele psihologice, sociale și culturale, după simbolistica implicată în universul unei anumite societăți. Cum arată Fr. Streudler în cunoscutul său manual de sociologie medicală, „conceptul de boală spre deosebire de conceptul de atom sau moleculă e un concept evaluativ".

Diferite societăți definesc boala fie ca o schimbare în stările de sensibilitate (orientarea prioritar psihologică), fie ca o schimbare a capacităților de exercitare a rolului social (concepția funcționalismului sociologic), fie din perspectiva altor schimbări care nu implică nici sensibilitatea, nici capacitatea ci diferitele modificări în starea de adaptare a organismului la mediu.

Din punct de vedere sociologic, atît boala cît și sănătatea implică abordarea problemelor mai largi ale devierii, conformității și controlului social. Structuralism-funcționalism ca orientare sociologică inițiată de americanul Talcott Parsons considera, de exemplu, boala ca un anumit tip de comportament deviant de la normal, iar sănătatea ca un anumit tip de comportare conformistă. Din acest punct de vedere, instituția medicală este privită ca un adevărat sistem de control social, ale cărui norme de referință conduc la sănătatea perfectă, ca supremă valoare și ideal către care orice societate, care își conservă funcțiile sale, este permanent orientată. Sistemul valorilor culturale ale unei societăți reprezintă, prin urmare, principalul punct de referință pentru înțelegerea și interpretarea fenomenelor de adaptare și inadaptare, a sănătății și bolii, ca noțiuni implicate în axiologia comună.

O serie de studii și cercetări în domeniul antropologiei sociale au evidențiat — în acest sens — tipurile de legături care se stabilesc între ierarhizarea și valorizarea „normativă" a influențelor mediului (biologic, ecologic, socio-cultural) asupra organismului uman și cadrele de referință simbolice și evaluative ale diferitelor grupuri sociale. În legătură cu acest aspect s-a arătat că între condiționările individuale și sociale ale adaptării există o legătură fundamentală, în toate societățile, procesele biologice vitale pentru supraviețuirea umană avînd o semnificație psiho-socio-culturală. Tercetînd mecanismele „durerii", Mark Zborowski a demonstrat, de pildă, că ea este un fenomen de natură fiziologică, identică la toți indivizii, în schimb percepția ca și atitudinea adoptată față de ea, prioritar depind de mediul cultural. Studiată de fiziologi vestiți, printre care H. Wolff și W. K. Livingstone, durerea a fost definită din punct de vedere filozofic, ca o senzație deosebit de importantă care asigură conservarea individului pe baza reacțiilor sale față de stimulii nocivi. În asamblul manifestărilor sale durerea nu comportă, însă, numai senzația de durere cu reacțiile ei automatizate, dar și o serie de „stări afective asociate" concretizate în ceea ce Wolff, Hardy și Gooddell au numit „experiența durerii". Studiile lui Zborowski au arătat, astfel, discrepanțele care apar în reacțiile la durere ale diferitelor grupuri etnice. În timp ce italienii răspund la durere într-o manieră foarte emoțională, englezii o suportă cu deplin sticism, iar inlandezii tind să o nege. Distingînd între durerea „naturală", desemnînd senzația dureroasă provenită dintr-o boală sau traumatism, și durerea „aplicată" care e acceptată și așteptată de individ în cursul unei activități culturale, același Zborowski dă ca exemplu tortura care face parte din riturile de inițiere a numeroase societăți primitive și se referă la numeroasele acțiuni cu caracter social (sportul și războiul, de pildă) care demonstrează caracterul „cultural" al durerii în contexte psiho-sociale diferite.

În concluzie, consideră el, dacă durerea este un indiciu al stării premorbide sau morbide a individului, atît contextul biologic cît și cel socio-cultural, trebuiesc incluse în definirea ei. Cu o infirmitate ca miopia sau prezbitismul, remarca G. Canguilhem, ceea ce apare ca normal într-o profesie agricolă, este anormal în cadrul unor profesii care cer o atenție vizuală concentrată, cum ar fi marina sau aviația. Desemnînd un anumit „mod de viață", cultura nu condiționează numai reacțiile față de boală, dar determină în acelaș timp valoarea care se acordă sănătății ca fenomen psiho-social.

Rreprezentarea normalității presupune, deci, considerarea unui ansamblu complex de elemente care impun ca o necesitate abordarea psiho-sociologică a relației între adaptare-inadaptare, între normal-patologic. Multiple teorii, dintre care unele preluate din psihologie sau din alte domenii științifice, printre care teoria valorii, teoria status-rolurilor, teoria interacțiunii simbolice, teoria grupului de referință, ca și altele care abordează influența culturală a mediului social, încearcă să surprindă tocmai relația dintre valoarea de grup și experiența general-umană, dintre normele culturale ale grupurilor și fenomenele de adaptare și inadaptare. Examinarea diferitelor generalizări marele interes pe care sociologii, antropologii și psihologii l-au acordat și încă îl acordă cauzelor și condițiilor specifice în care se exercită evaluarea normalului și patologicului în fiecare societate umană.

Dacă din toate aceste teorii se degajă un anumit „relativism“ cultural al definirii acestor noțiuni trebuie ținut cont — totuși — de capacitatea lor de a integra în conținutul fenomenelor de adaptare și inadaptare unitatea particularității laturilor biologice cu cele ale laturii sociale, specifice omului. Strîns intricată în această unitate, patologia umană apare dependentă de un context bio-psihologic și cultural. Etiologia modernă a bolilor nu se poate reduce la o cauzalitate biologică liniară, ci implică o abordare multilaterală care ia în considerare ansamblul factorilor biologici și sociali. Simptomatologia îmbolnăvirii presupune o anumită specificitate a reacțiilor organismului față de influențele diferiților agenți patologici, dar i se asociază — totodată — un complex de cauze și de condiții. Se cunosc, desigur o serie de lucruri despre anomaliile anatomice sau funcționale care sînt caracterizate în funcție de modul de manifestare a unor simptome, dar lipsesc adeseori informații despre circumstanțele externe (naturale și sociale) asociate bolii. În acest sens, de ex., expunerea la unul sau mai mulți viruși constituie o condiție necesară dar nu suficientă pentru a contracta o anumită maladie infecțioasă. Acest lucru ridică — la rîndul lui — o serie de întrebări : de ce unele boli apar mai frecvent în unele grupuri specifice de populație ? care sînt cauzele, factorii de risc datorită cărora anumite categorii de indivizi sînt mai „predispuși“ la îmbolnăviri decît altele ? De fapt, există o distrbuție particulară a bolilor într-o societate ?

O etiologie multifactorială apare deci ca fiind cea mai adecvată modalitate de abordare a cauzalității bolilor, pentru a lua în considerare nu numai factorii genetici, biologici, nutriția și mecanismele de imunizare, dar și multiple condiții psihologice și sociale, cum ar fi personalitatea, motivația, rolurile socaile, nivelul de cultură, etc. Rolul etiologiei psiho-sociale a îmbolnăvirilor, nu constă numai în posibilitățile sale complexe de analiză și evaluare, dar mai ales în natura clasificării pe care o operează, ca urmare a evidențierii gradului de răspîndire și distribuție a bolilor în raport cu caracteristicile diferențiate ale grupurilor de populație. Pe această bază se pot studia experimental diferite forme de inadaptare, evidențiindu-se totodată unele tendințe constante ale organismului și comportamentului uman în cadrul situațiilor patologice.

O serie de autori sintetizează acțiunea unor factori de inadaptare într-un mod global care însumează toate componentele socio-patologice sub denumirea generală de *„mod“* sau *„stil“* de viață. O implicație sociologică importantă care centrează atenția asupra „modului de viață“ asupra adaptării individului, constă în asocierea anumitor categorii de afecțiuni cu grupe caracteristice de populație. Studii efectuate în acest scop au arătat că recrudescența marcată a ulcerului duodenal printre femei în raport cu cauzele înregistrate de către bărbați, se datorește modificărilor structurii ocupaționale ale acestora, expunerii femeilor la mai mulți factori de risc decît în trecut. Aceste schimbări cu consecințe importante asupra formelor de adaptare ale femeii la mediul socio-profesional, exercită o influență considerabilă asupra structurii morbidității și mortalității lor. Unele investigații statistice au subliniat faptul că, mortalitatea femeilor e inferioară bărbaților spre deosebire de morbiditate, unde îmbolnăvirile includ mai mult pe bărbați.

Iată deci o serie de argumente în sprijinul, susținerii unui punct de vedere sociologic nuanțat asupra relațiilor dintre adaptare și inadaptare, sănătate și boală, pentru a le circumscrie schimbărilor profunde care se petrec la nivelul tabloului patologic actual. Desigur, structura patologiei umane nu are o formă unitară în raport cu diferite contexte sociale și politice. O serie de date statistice ne face să sesizăm că „civilizația“ capitalistă determină creșterea în proporție de masă a traumatismelor, a alcoolismului, narcomaniei, bolilor de inimă, etc., care împreună cu alți factori determină în mare măsură un „mod de viață“ responsabil pentru generalizarea unui mare număr de boli. În raport cu mecanismele „societății de consum“, fenomenele alienate, de dezadaptare socială sînt frecvente și măsurile luate împotriva lor apar încă ineficiente și lipsite de consistența politică necesară. Nu se poate nega, evident, interesul manifestat de toate țările în menținerea și promovarea sănătății — date fiind consecințele economice ale îmbolnăvirilor — dar trebuie spus că în condițiile sistemului capitalist eficacitatea măsurilor de prevenire este contrazisă de însăși acțiunea exercitată de „agresiunea“ factorilor sociali și politici.

Circumscrise unor scopuri sociale nemijlocite, unor idealuri umaniste de profundă rezonanță colectivă, strategiile sanitare din țările socialiste, consideră problema sănătății ca o importantă problemă socială care implică multiple elemente culturale, economice, politico-morale, ca și idealuri estetice și etice. În țara noastră problema sănătății face parte integrantă din politica de dezvoltare și edificare multilaterală a societății. În acest context se înscrie preocuparea permanentă a partidului și statului nostru de perfecționare și dezvoltare a asistenței sanitare, de conservare a sănătății indivizilor, a mediului fizic și social în care trăiesc, obiective pe care recenta Lege sanitară a populației le-a inclus drept cadre de referință permanente ale activității rețelei noastre medicale.

ASPECTE DE FRONTIERA PSIHOLOGICĂ ÎN PROZA LUI MAX FRISCH

Hertha Perez
— *Iaşi*

În peisajul literar al secolului nostru, se pot desluşi două tendinţe fundamentale ; cea spre restrîngerea unghiului din care e privit personajul literar prin fixarea la optica sa interioară, şi cealaltă, opusă tendinţei dintii, care caută să surprindă doar reacţia exterioară. Aşadar se urmăreşte separarea a două planuri — dinamica interioară şi reacţia exterioară — coexistente în literatura anterioară. Separaţia amintită n-a putut să rămînă, decît un deziderat programatic, realizat doar parţial, în unele scrieri cu caracter demonstrativ. În practica artistică tiparele şi canoanele literare de bază s-au dovedit a fi mai puternice decît teoriile care încearcă să le dinamiteze.

În contextul lucrării de faţă ne interesează mai cu seamă prima din cele două tendinţe amintite, aţintirea privirii creatorilor de literatură asupra misterelor lăuntrului omenesc. Iau astfel, deseori, naştere adevărate documente, concludente pentru definirea şi studierea personalităţii umane cu variatele ei aspecte şi manifestări.

Rezultatele concentrării asupra usfletului omenesc sînt, nu rareori, relevante şi pentru psihiatri sau psihologi, în felul acesta literatura beletristică oferă material şi altor specialişti, precum şi ea, la rîndu-i, a beneficiat de pe urma revoluţiei produse în cunoaşterea dedesubturilor comportării individului uman prin scrierile lui Freud, Bergson ş.a. Aceasta dacă în numeroase opere literare, mai ales începînd cu epoca romantică, comportarea „nenormală“, inclusiv alienaţia mintală propriu-zisă, nu e considerată — cel puţin nu primar — drept o stare psihiatrică, ci mai cu seamă drept una morală.

De altfel alienaţia mintală ca temă literară, ca simbol, are rădăcini adînc înfipte în timp şi poate fi urmărită pînă la acel *poeta vates* al antichităţii, exemple celebre oferindu-ne, între alţii, Shakespeare sau Cervantes. O dată cu romantismul apoi, cu sec. al XIX-lea deci, cazurile de alienaţie mintală sau cele de frontieră psihologică descrise în literatura beletristică se înmulţesc considerabil.

Paralel cu sporirea cunoştinţelor despre bolile mintale se înmulţesc desigur şi operele din tezaurul literaturii universale care acordă atenţie individualităţilor ieşite din comun, fie bolnavilor propriu zişi, fie cazurilor limitrofe. În literatura de expresie germană de asemenea, fiinţe umane suferind de alienaţie mintală şi personalităţi „accentuate“ apar în număr mai mare de la epoca romantică încoace, cînd în special oamenii de artă, zugrăviţi ca nişte fiinţe umane incapabile să se înscrieze vieţii reale, stăpînite de exigenţele absolutului, oferiseră scriitorilor prilejul unor sondări a consecinţelor inadaptabilităţii şi însingurării. Poetul Balder din *William Lovell* (1793—1796) al lui Ludwig Tieck, personajul central din *Veghile de noapte ale lui Bonaventura* (1805) sau compozitorul Johannes Kreisler şi alte făpturi ieşite de sub pana lui E.T.A. Hoffmann ne oferă exemple în această privinţă. În cazul tuturor acestor personaje se pornise de la ideea că subiectivismul dus la extrem, pînă la un solipsism exacerbat, constituie un pericol pentru individul uman, demenţa era privită ca o deviere spre patologic a unei sensibilităţi potenţate la maximum, ca o stare de excepţie caracterizînd oameni de excepţie (artişti sau oameni cu înclinaţii artistice) cu antene mai ascuţite decît semenii de rînd.

O dată cu epoca noastră situaţia se schimbă, interesul psihologic al unor generaţii cu bogate cunoştinţe în domeniul psihoanalizei şi psihiatriei manifestîndu-se prin grija pentru detaliile clinice în cazul descrierii unor cazuri patologice (un exemplu îl constituie relatarea despre perioada petrecută de Franz Biberkopf, eroul romanului *Berlin Alexanderplatz* de Alfred Döblin, la un spital de boli nervoase, adevărată fişă a unui caz de paranoia), printr-o motivare mai atentă în cazul psihozelor etc. În acelaşi timp însă cazurile patologice evocate simbolizează alienaţia unei lumi aflate în dezordine, cunoscută fiind, spre exemplu, paralela simbolică între boala mintală a lui Adrian Leverkühn, nefericitul Faust al zilelor noasere din romanul lui Thomas Mann şi Germania epocii naziste.

În cele ce urmează voi extrage din tezaurul, atît de bogat în cazuri de interes psihologic, al literaturii de limbă germană trei exemple mai relevante, personaje literare al căror comportament este descris şi motivat de autor într-o manieră care credem că poate interesa în contextul de faţă. Este vorba despre eroii centrali ai celor trei romane de bază ale lui Max Frisch (n. 1911), romancier şi dramaturg elveţian de renume mondial, şi anume *Stiller* (1954), *Homo Faber* (1957) şi *Mein Name sei Gantenbein* (1964). Cele trei personaje reacţionează într-un mod care le face interesante pentru critica literară (dovadă reacţia stîrnită) prezintă însă şi o oarecare utilitate pentru psihiatrie, ca nişte cazuri de frontieră psihologică celor conturate, cel puţin în cazul primelor două scrieri.

I. *Stiller*

O reacţie nevrotică de frustrare sau de inferioritate drept urmare a unor decepţii, mai mult sau mai puţin conştientizate, provocate de convingerea nerealizării, prin propria incompetenţă, a unor aspiraţii sau de nepotriviri interindividuale mai cu seamă pe plan familial, ne întîmpină în primul roman mai însemnat al lui Max Frisch, *Stiller*. Personajul central, Ludwing Anatol Stiller, un elveţian de provenienţă mic burgheză, ilustrează soarta omului înstrăinat de sine însuşi datorită sentimentului ratării care-l copleşeşte la un moment dat. Ajunge astfel la un conflict cu propria lui identitate psihosocială şi se refugiază, ca reacţie protectivă, într-un alt eu. Îşi asumă astfel, ca nouă identitate, cea a unei fiinţe aflate ca structură şi optică la antipodul lui Stiller, se transformă în americanul James Larkin White, aventurier vital, trăind viața din plin, cuceritor rutinat de femei, individ lipsit de scrupule, angoase și ezitări. Cum se ajunge la această schimbare de identitate, respectiv la refularea eului primar în favoarea unui eu secund, mai acceptabil pentru personajul în cauză, ni se explică convingător în romanul autorului elvețian.

Cartea începe cu cuvintele: „Nu sînt Sitller! O repet zi de zi, o jur... „Sînt vorbele rostite la închisoarea preventivă de domnul White cînd cei însărcinați cu acest caz încearcă să-l determine să recunoască faptul că e Stiller, sculptorul din Zürich, dispărut cu aproape șapte ani în urmă și, din pricina dispariției sale, bănuit că ar fi fost implicat într-o afacere de spionaj. Ajuns în S.U.A. și Mexic își atribuise, după o încercare de sinucidere, o nouă identitate și trăiește un timp sub numele de White o nouă viață. Dorind să se întoarcă în țară e recunoscut drtpt Stiller de un copasager și la graniță e arestat. În celula sa eul narator începe să-și depene amintirile, convins la început el însuși că nu e Stiller, crezînd de multe ori că neadevărurile sale sînt, de fapt, adevăruri. Confruntat cu soția sa Julika, cu fratele său, cu foști prieteni, White-Stiller reconstituie personalitatea lui Stiller: „Îl văd destul de bine acum pe Stiller al lor, pe dispărutul Stiller — zice autorul. Are impresia că e lipsit de voință, dar de fapt e dotat într-un anume sens cu prea multă: nu vrea să fie el însuși. Personalitatea sa e vagă, de aici tendința lui către radicalism. Are o inteligență medie, dar neșcolită; se bazează de preferință pe impulsuri de moment și neglijează inteligența, căci inteligența te silește să iei decizii... Uneori se expune inutil pericolelor ca să-și dovedească că e un luptător. Are multă fantezie. Suferă de clasicul complex de inferioritate și din această cauză cere prea multe de la propria sa persoană, dar rămîne cu sentimentul că a rămas dator“ (p. 297).

Rezultă limpede din însemnările făcute de personajul central la închisoare că acel Stiller, de care s-a lepădat naratorul (sau de care încearcă să se lepede) ca de o haină incomodă, e, într-un fel, un ratat. Înșelase ca sculptor așteptările familiei și ale prietenilor săi, Înrolat voluntar în armata revoluționară cu prilejul războiului civil din Spania, în 1935, eșuează la prima sa misiune. Se întoarce și e condamnat la cîteva luni închisoare de autoritățile elvețiene. După eliberare își reia, cu tot atît de puțin succes ca înainte, activitatea de sculptor. Criza sa de identitate e declanșată însă mai cu seamă de relațiile sale cu sexul opus, generatoare de reacții nevrotice de inferioritate, fie că e vorba de soția sa Julika, o balerină atît de absorbită de arta ei încît e frigidă, ceea ce Stiller consideră drept vina sa, cît și în ceea ce privește relațiile sale cu amanta sa Sibylle, ofuscată de carența lui de simțire. De altfel și eșecul său ca luptător în Spania e în strînsă conexiune cu incapacitatea sa de a cîștiga dragostea primei sale iubite, luptătoarea revoluționară Anja, care ajunge să-l disprețuiască. La întrebarea Sibyllei, de ce n-a tras cînd a avut ordinul s-o facă, Stiller răspunde: „Pentru că sînt un ratat. Pur și simplu! Nu sînt bărbat.“ (p. 318) Zadarnic încearcă Sibylle să-l determine să se accepte așa cum este: „Ți-e rușine că ești cum ești. Cine-ți pretinde să fii un luptător, un războinic capabil să tragă? Nu te-ai dovedit la înălțime atunci în Spania, zici tu. Cine contestă aceasta! Dar poate că ai dorit să te afirmi ca cineva care nici nu ești tu.“ (p. 318).

În cele cîteva luni petrecute la închisoare eroul încearcă să-și reconstituie viața și, confruntat cu diverse personaje din existența sa ca Ludwig Anatol Stiller e nevoit să se supună evidenței și, în urma deciziei tribunalului, reintră în vechea sa piele, începe să trăiască din nou ca Stiller, cu nu mai mult succes ca înainte. Nu are însă nici acum convingerea că ipostaza Stiller e cea care i se potrivește mai bine. „Orice poți să povestești, numai viața ta proprie nu — notează eroul la închisoare. Cum să dovedească cineva cine e dînsul în realitate? Eu nu pot s-o fac. Parcă eu știu cine sînt?... N-am cuvinte pentru realitatea mea.“ (p. ț4) Sau, cu alt prilej: „Nu sînt Stiller. Nu știu ce vor de la mine! Sînt un nenorocit, un om de nimic, o nulitate, care n-are în urma lui nici un fel de viață. De ce nu-mi lasă vidul meu, nimicnicia mea, realitatea mea. Ceea ce-mi oferă este evadarea, nu libertatea, evadarea într-un rol.“ (p. 56).

Comportamentul personajului e rezultatul unei nevroze obsesive care-l silește să se vrea altfel decît este și decît poate să fie. Stiller e o fire hipersensibilă, își refulează eul primar de dragul unui eu secund, încercînd să găsească o modalitate de viață mai convenabilă: își „asasinează“ partea vulnerabilă, slabă a eului său, pe neputinciosul Stiler și rămîne în schimb ipostaza omnipotentului White, în care se refugiază ca reacție protectivă. Această măsură nu are însă drept consecință schimbarea rîvnită, noul nume nu e echivalent cu o nouă identitate, mai valoroasă. Pînă la urmă deținutul nu mai știe nici el cine este în realitate. Refularea existenței anterioare nu implică anularea acesteia, există mereu pericolul reapariției în conștient a vechiului eu primar. De trecut nu poți fugi, te ajunge din urmă, și în final Stiler e silit să se accepte din nou pe sine însuși, faptă eroică în fond, cum ne dă autorul a înțelege: „Stiller era pe cale de a face cel de-al doilea pas, mult mai dificil decît primul, cel al cunoașterii de sine. Era pe cale de a ieși din resemnarea pricinuită de faptul că nu ești ce ai fi dorit atît de mult să fii și să devii ceea ce ești în realitate. Nimic nu e mai greu decît să te accepți pe tine însuți! De fapt reușesc s-o facă numai oamenii naivi, dar în viață n-am întîlnit decît puțini oameni pe care să-i pot defini în acest sens pozitiv drept naivi.“ (p. 482)

II. *Homo Faber*

În lucrarea sa: *Personalități accentuate în viață și literatură* profesorul Karl Leonhard amintește la un moment dat că „pe cît de bogată este literatura beletristică în personalități demonstrative, pe atît de săracă este în privința celor hiperexacte. În asemenea măsură, încît nici nu sînt în stare să citez o personalitate la care toate trăsăturile să poată fi considerate ca hiperexacte sau anancaste“ (ed. cit., p 268). Or personajul central din *Homo Faber* ar putea, credem, să fie considerat un astfel de subiect cu fire hiperexactă, manifestînd totodată trăsături anancaste.

Urmează cazul Walter Faber, eroul romanului subintitulat o relatare *(Ein Bericht)* pentru a sublinia că este vorba despre o analiză obiectivă a unor stări de conştiinţă, e de profesie inginer. E în vîrstă de 50 de ani, celibatar convins şi fără legături afective de vreun fel. În perioada cît era asistent la Politehnica din Zürich întreţinuse relaţii cu cetăţeana germană Hanna Landsberg, care-l anunţase la un moment dat că e gravidă. Din acest motiv şi, totodată; pentru a asigura semi-evreicei Hanna dreptul de şedere în Elveţia, înaintase formele pentru căsătorie. În ultima clipă însă Hanna refuză mariajul şi pune capăt legăturii lor, invocînd drept motiv faptul că el vorbise despre „copilul ei“ în loc să pună „copilul nostru“. Trec două decenii în care Faber (supranumit cîndva de Hanna *Homo Faber*, pentru a-i sublinia spiritul practic) face carieră. În momentul cînd începe acţiunea cărţii e angajat de UNESCO ca responsabil pentru montarea unor uzine în ţări subdezvoltate şi e aproape tot timpul pe drum de la o ţară la alta. Cu ocazia unei călătorii de la New York la Paris cu vaporul, cunoaşte o tînără fată de care, fără a fi propriu zis îndrăgostit de ea, o cere de nevastă. Dînsa pleacă, dar se reîntîlnesc în Paris şi se decid să facă împreună o călătorie prin Italia. Devin amanţi şi Walter află că e fiica Hannei, dar respinge ideea că ar putea fi şi fiica lui. Muşcată de o viperă, fata e dusă la spital şi la căpătîiul ei Walter o reîntîlneşte pe Hanna ; după o discuţie cu ea e silit să accepte ideea că a întreţinut o legătură incestuoasă cu propria lui fiică. Fata moare, iar Faber e operat de cancer la stomac, nu fără a fi trăit însă, după moartea fetei, un timp mai aproape de viaţă, eliberat de cătuşele modului său raţionalist de a gîndi. Rezultatul operaţiei nu ne este comunicat, îl putem bănui doar.

Sînt evidente la Walter Faber, de la început, componentele psihologice ale individului hiperexact, spre exemplu conştiinciozitatea, lipsa de fantezie, îmbinate însă cu o nelnişte interioară pe care subiectul încearcă s-o învingă printr-o asiduă muncă de persuasiune operată asupra propriei sale persoane. Faber este un om al tehnicii, a cărui supremă ambiţie e să „stea cu picioarele pe pămînt“. Crede numai în legile matematicii şi se străduieşte să-şi clădească viaţa în conformitate cu acest crez, respingînd cu înverşunare tot ce ţine de afectivitate, impulsuri, instincte. Sobru, ostil efuziunilor sentimentale, refuză să creadă în existenţa neobişnuitului, a neprevăzutului, respectiv încearcă, atunci cînd ceva ieşit de pe făgaşul obişnuit al lucrurilor îi apare în cale, să caute o explicaţie raţională. „Nu cred în destin, ca om al tehnicii sînt obişnuit să calculez cu formulele probabilităţii“ (Suhrkamp Verlag, 1957, p. 25) — spune eroul. Sau, cu alt prilej : „Trăim în mod tehnic, omul ca stăpîn al naturii, omul ca inginer, şi cine spune ceva împotrivă, să nu cumva să folosească poduri care n-au fost construite de însăşi natura.“ (ed. cit., p. 131) Faber nu ia în seamă decît ce se poate calcula şi măsura („Nu-mi plac romanele şi nu mă sinchisesc de vise“, p. 17), pentru dînsul totul e „obişnuit“ (criticii au remarcat frecvenţa mare a cuvîntului „obişnuit“ în carte), uniform, aparţine cotidianului, numai trăind în felul acesta se simte în siguranţă.

Trăsătura cea mai reliefată a subiectului este precizia, el respinge lipsa de exactitate, vagul, emoţiile. Viaţa îi este dominată de calendar şi oridecîte ori nu-şi poate respecta programul datorită unor întîmplări neprăvăzute, îl cuprinde neliniştea. Aceasta se reflectă clar în limba scrierii, care abundă în cifre şi indicaţii precise privind timpul, locul, spaţiul. Cartea e structurată în două părţi intitulate *Prima oprire*, scrisă, aflăm, de erou la Caracas, între 21 iunie şi 8 iulie, şi *A doua oprire*, conţinînd notiţe de jurnal de zi realizate la spital, la Atena, între 8 iunie şi 16 iulie. La tot pasul ne întîmpină date şi cifre. Aflăm că la 5 iunie Faber a fost la Paris, la 7 iunie la New York, la 10 iunie în Venezuela, că în prima zi a călătoriei spre plantaţia mexicană s-au parcurs 37 mile, în a doua 19 mile, etc. etc. Ni se comunică faptul că trenul în direcţia Palenque are aer condiţionat şi face 30 de kilometri pe oră, cunoaştem denumirile tuturor hotelurilor unde trage Faber, sînt precizate tipurile de automobile în care circulă personajele, sînt amintite numere de telefon, adrese ş.a.m.d. Arta şi literatura nu joacă un rol în viaţa lui Faber, la muzeu se duce doar ca s-o întîlnească pe iubita (de fapt fiica) sa Sabeth. Pînă şi felul în care vede el lucrurile dezvăluie ostilitatea faţă de tot ce ţine de sentiment şi poezie. De aceea nu-i place natura sălbatică, ci doar cea pe care omul şi-a propus amprenta şi refuză să se exteriorizeze în faţa unei privelişti mai puţin obişnuite. După un accident de avion care provoacă o aterizare forţată în deşert, spune : „Dece să fim isterici ? Munţii sînt munţi. Chiar dacă într-o anumită lumină pot să arate ca altceva, tot despre Sierra Madre Oriental e vorba şi nu ne aflăm într-un imperiu al morţii, ci în deşertul Tamaulipás, Mexic, la circa 60 de mile de cel mai apropiat drum, ceea ce e penibil, dar dece un eveniment ? Pentru mine un avion, nu văd în el o pasăre preistorică, ci o Super-Constellation cu defect de motor şi luna poate să-l lumineze cum vrea ea. Dece să simt ce nu este ? Nici nu mă pot decide să ascult eternitatea : nu aud nimic altceva decît scurgerea nisipului.“ (p. 29) Sînt concludente şi metaforele utilizate de autor, revelatoare pentru optica lui Faber : marea seamănă cu tabla zincată, aerul cu hîrtia de celofan, spuma mării cu spuma de bere, o cărare luminată de lună e comparată cu zăpada sau cu iaurtul. Gîndirea utilitaristă a lui Faber e dominată de întrebarea : „Cu ce scop ?“, pentru dînsul nu există decît ceea ce are un scop bine dterminat, în timp ce tot ce pare gratuit, inutil, e negat. Concepută astfel, lumea lui Faber e o lume dominată de legile probabilităţii, cînd ceva îl nelinişteşte, se slujeşte de statistică spre a-şi redobîndi liniştea sufletească. În legătură cu accidentul fiicei sale se linişteşte spunîndu-şi că mortalitatea în asemenea cazuri e de numai 3—10% ; referitor la operaţia căreia trebuie să i se supună el îşi zice că reuşeşte în 94,6 din 100 de cazuri. Pentru toate caută să găsească explicaţii raţionale. În felul acesta personajul îşi construieşte o pavăză împotriva neprevăzutului, se autosugestionează că e stăpîn pe situaţie pentru a împinge în fundal angoasele sale. Cu atît mai vulnerabil devine subiectul cînd sistemul său raţional de gîndire se dovedeşte deficitar. Consecinţa inevitabilă a vieţii lui în fond sterilă a egocentrismului său orgolios, e prăbușirea și, probabil moartea (cu evidentă semnificație simbolică). Ultimele sale rînduri subliniază regretul eroului de a fi păcătuit împotriva vieții : „Dispoziții în caz de deces : toate mărturiile despre persoana mea precum relatări, scrisori, caiete cu notițe, să fie distruse. Nimic nu corespunde cu realitatea. A fi pe lume : să fii înconjurat de lumină... să ții piept luminii, bucuriei, știind că dispari în lumină deasupra florilor, asfaltului și mării, să ții piept timpului, respectiv eternității în clipă. A fi etern : a fi fost.“ (p. 74)

III. *Mein Name sei Gantenbein*

În romanul intitulat *Mein Name sei Gantenbein (Numele meu fie Gantenbein)*, ne vedem din nou, ca în *Stiller*, confruntați cu tema căutării identității unei ființe umane, temă centrală a operei scriitorului elvețian. Lipsind însă, în această carte, în mai mare măsură ca în cele anterioare, elementele concrete, pentru lucrarea de față interesul ei e mai redus. Ne aflăm, de pildă, ce a declanșat criza de identitate a personajului central, naratorul (cartea e scrisă la persoana întîi). Știm doar că e vorba despre un elvețian înstărit care, în urma unui accident de circulație, pretinde că se numește Gantenbein și că a orbit. În felul acesta vrea să poată trăi mai autentic, eliberat de minciună : „Înainte de toate, spera Gantenbein, oamenii se vor deghiza mai puțin în prezența unui nevăzător, încît îi vei putea cunoaște mai bine și se vor înfiripa relații mai autentice prin faptul că-i vei lăsa cu minciuna lor, o relație mai încrezătoare.“ (Suhrkamp-Verlag, Frankfurt a.M., 1964, p. 66). În ipostaza sa de nevăzător se însoară cu celebra actriță Lila cu care duce o viață fericită, fiindcă, presupus orb, se poate preface că nu știe de relațiile soției sale cu domnul Enderlin. În momentul în care Gantenbein renunță la ficțiunea cecității, gelozia îi amenință căsnicia și de aceea el se preface din nou că e orb. În același timp, eul narator joacă însă și rolul lui Enderlin și, ocazional, cel al arhitectului Svoboda, trăiește vieți străine, cum probezi haine felurite : „Fiecare povestire e o născocire — spune naratorul — fiecare eu care se exteriorizează e un rol“ (p. 7). Sau, cu alt prilej : „Fiecare om își inventează, mai devreme sau mai tîrziu, o poveste pe care o crede viața sa sau o serie de povestiri.“ (p. 74). Fiecare din aceste personaje : Gantenbein orbul și Gantenbein cel care vede, melancolicul Svoboda, indecisul Enderlin, omul zilei de azi, dornic să oprească în loc timpul amenințător, sînt în fond „Eul care se exprimă.“

În aceste condiții, romanul lui Frisch nu ne elucidează asupra unei anume personalități literare de interes psihologic, ci doar asupra propriei personalități a autorului și nu credem că greșim dacă-l vedem drept un neurastenic care-și analizează fobic propria persoană, cu rezultate de altfel sugestive în ceea ce privește universul psihic al omului epocii noastre pentru care, nu rareori, criza de identitate, simțul confuziei rolurilor se transformă într-o adevărată maladie.

This paper presents three boundary cases of abnormal psychology identified in the fiction of the Swiss writer Max Frish (b. 1911) ; I refer to the novels *Stiller* (1954), *Homo Faber* (1957), and *Mein Name sei Gantenbein (Let My Name Be Gantenbein*, 1964).

Stiller presents a typical case of neurotic reaction determined by the inferiority complex as a result of the character's professional and emotional failure through incompetence. The central protagonist, Stiller, ilustrates the condition of the individual estranged from himself because of his sense of failure ; he gets into conflict with his own psycho-social identity. As a protective reaction, he takes refuge in an other *self*, he assumes a new identity which is completely opposed to Stiller in point of structure and outlook on life. Yet, this reaction does not yield the expected result ; the suppression of former existence does not imply its total annihilation. The primary self reappears, and Stiller is forced to accept it as such.

Walter Faber, the central protagonist of *Homo Faber*, presents the psychological features of the „hyper-exact“ individual mixed up with a state of inner unrest which he tries to repress through self-persuasion. Faber's is a technical mind ; he believes only in the laws of mathematics, and endeavours to shape his life according to this creed.

The most stricking feature of the character is love of precision ; he rejects the lack of accuracy, he rejects feelings and emotions. In this way the protagonist creates a protective„shield“ against the unpredictable, he convinces himself that he is master of the situation in order to push all anxieties in the background. Yet, his rational system of thinking proves inefficient. Faber's final fall, and probably his death (with evident symbolic implications) are the inevitable consequence of his sterile inner life, of his proud egocentrism.

Main Naime Sei Gantenbein treats again the theme of the search for identity ; the interest of the novel lies especially in the fact that it reflects the autho's personality — a neurotic character which annihilates his own self, pointing to the psychic universe of the contemporary individual who is distorted by the crisis of identity, by the sense of confused roles.

EVOLUȚIA NIȘEI ECOPSIHOLOGICE UMANE

C. Turcu
— Brăila

I. În cadrul marelui ecosistem biologic omul reprezintă o piesă, care semnifică existența sa, precis marcată în funcționalitatea sistemului și net interconectată în cadrul acestui sistem. Existența sa apare conformată ca un subsistem, care, în complexitatea structural — funcțională este pluripozițională în funcție de parametri analitici ai ecosistemului. Diversele poziții, pe care și le amenajează și le ocupă omul în cadrul ecosistemului constituesc așa numitele nișe ecologice ; existența umană poate astfel constitui o nișă ecobiologică, o alta ecosociologică şi privind activitatea ordonată a omului, de asemeni poate constitui o nişă ergonomică. Avînd în vedere gradul înalt de dezvoltare al psihismului uman, existenţa noastră în ecosistem apare şi în ipostaza de nişă ecopsihologică. Pe un fundal arhaic, genetic, această nişă se construieşte aşa de complex, încît ea reprezintă cartea de vizită a existenţei umane în cadrul marelui ecosistem şi mai ales în subsistemul social. Prin esenţa sa, omul fiind o existenţă biopsihosocială, se suînţelege aspectul sociopsihic, care nu mai este necesar să fie subliniat.

Nişa ecopsihologică este subsistem, care însă nu ne este un datum perfect ab initio şi nici nu este imuabil sau indelebil. Din contră, acest subsistem se construieşte treptat în cursul vieţii suferă remanieri sau retuşuri, sau suferă dereglări, defecţiuni sau chiar adevărate demolări, care devin subiectul unei alte noi discipline — ecopsihiatria.

II. Manifestările vitale ale oricărei existenţe vii sînt simple ca schemă, devenind însă complexe în multitudinea interrelaţiilor. Psihismul este o manifestare vitală generală. El este o sublimare plină de rafinament a funcţiilor primordiale ale structurii primare biotice căpătînd marca nobilă a structurii noetice prin acţiunea de socializare a sa, fie în mod difuz, osmotic, fie dirijat prin diligenţa ambiţiei a omului de a se face om. Din vîltoarea comportamentală a omului de a satisface necesităţile biologice s-a ajuns la securizare şi adjuventare prin creaţia unui nou strat psihic, constituit din acei idola specus ai lui Bacon. Nişa ecopsihologică umană s-a edificat prin etajare, omul întinzînd de asemeni conexiuni, chiar metafizice, cu nişte entităţi extramundane, necesare lui. Şi mai apoi, cînd ecosistemul social uman a evoluat această idolatrie grosieră s-a mai topit şi din materialul său a apărut un nou etaj ecopsihologic, o nouă lume de valori, idola fori. Această lume nu s-a născut dincolo de conştiinţa umană ; tradiţia culturală a valorilor, sortate şi compartimentate în planuri : economic, psiho-social, religios, juridic, etic, estetic — s-a plămădit din acele valori primitive, structurate în cultura pleistocenului, a lungii preistorii. Semnificaţia biologică primordială a devenit aşa de criptică, încît în explcaţia originii ultimelor etaje noetice ale nişei ecopsihologice s-a recurs la un, „spirit" adică o a doua esenţă. Etajul valorilor pur mentale, răsărite din concepţii magico-filozofice este edificat astfel pe pietrele masive ale necesităţilor de ordin pur material.

III. În foşnetul ecologic, entităţile protobiotice au manifestat cea mai simplă schemă de protopsihism adică elementarul diptic : informaţie — reacţie şi aceasta deducîndu-se din cea mai caracterstică schemă de viaţă : nutriţie — metabolism — reproducere. Nişa ecoprepsihologică s-a schiţat prin acea „facere la loc" în peristază şi printre entităţi diverse sau similare. Cînd fiinţa vie nu are canale speciale de informaţie, ea le primeşte pe toată suprafaţa sa, ca în cazul noncelularelor ; deasemeni şi reacţia apare în orice loc al membranei celulare, după caz şi după necesitate prin emitere de pseudopode. Această manifestare schematică, cibernetică, de informaţie — reacţie este protopsihismul intens colorat biologic al monocelularelor. În noianul cîtorva miliarde de ani, monocelularele s-au unit formînd colonii, ca o încercare, care a reuşit mai apoi, de pluricelularizare, de apariţie filogenetică a metazoarelor. În acest cadru, funcţiile vitale s-au plasat în grupuri de celule specilaizate, formînd foiţe celulare, care în ontogenie se citesc ca foiţe embrionare. Receptarea informaţiilor şi reacţia consecutivă s-au plasat în grupuri de celule senzoriale şi respectiv — motorii.

Nişa ecopsihologică se schiţează astfel monolinear avînd substrat biologic şi trecînd prin ganglionii cerebroizi ai moluştelor şi artropodelor la sistemul nervos cerebrospinal al vertebratelor.

IV. Diferenţierea treptată a formaţiunilor somatice şi în special a sistemului nervos pornind de la schiţa monocelularelor pînă la primate şi om, a dus la o evoluţie lentă, însă remarcabilă, a nişei ecopsihologice, pînă la complexificarea de astăzi a ei. Fiinţele vii îşi menţin constantele biologice, îşi păstrează echilibru mediului lor intern şi în acelaş timp se adaptează la mediul extern. Aceste fenomene se realizează prin ceea ce se numeşte comportament adică un complex etologic de gopodărire lăuntrică şi de organizare a raporturilor cu mediul. Kineziile, tropismele şi instinctele, ca manifestări etologice constituiesc originea psihismului. Acesta se organizează şi se restructurează într-o nişă plasată în ecosistem pe baza caracterului primordial gnozo-praxic. Gnozopraxia are legi generale de orientare şi de acţiune, care duce la menţinerea unui echilibru al fiinţei vii. Mecanismul de menţinere în echilibru al nişei ecopsihologice constă în scheme funcţionale, adevărate programe, constituite din algoritmi. Acestea sînt adevăratele rădăcini programatice ale filum-ului evolutiv şi pe care le întîlnim în arheologia psihismului nostru — în „nivelele de subsol" ale nişei noastre ecopsihologice. Aceste programe, cîndva învăţate şi întrebuinţate pentru construcţia nişei protopsihologice au fost înscrise în codul genetic, au devenit informaţie ereditară. Activitatea genetică se manifestă însă divergent şi polimorf, genele sînt pleiotrope şi nu există gene somatice şi gene psihice, ceea ce demonstrează neta unitate a structurii umane de fiinţă biopsihosocială.

V. O anume parte din lumea obiectivă, în care îşi desfăşoară viaţa fiecare existenţă este asimilată şi organizată în nişa ecopsihologică. Această lume constituie un adevărat microunivers al fiecărei fiinţe vii, Umwelt-ul său. Fecare specie reflectă Umwelt-ul după forţa, calitatea şi predominanţa canalelor sale de informaţie, încît putem vorbi de universul osmatic al furnicilor sau de cel acustic al liliecilor. Umwelt-ul obiectiv apare astfel diferit în funcţie de structura nişei ecopsihologice a fiecărei specii.

Amintirea acestui microunivers apare în programele arheologice ecopsihologice, care sînt simple şi rudimentare.

În această lume peristatică apar mereu situaţii noi şi nişa ecopsihologică se menţine şi se construieşte în continuare printr-o corelaţie permanentă cu mediul, în care comportamentul ca artă a nişei. Ea se acordă astfel perfect şi cu biologicul, împreună cu care formează o unitate şi cu care intră în cadrul ecologic general ; primul subsistem în care intră este cel ecosociologic, unde formează o unitate ecopsihosocială. Toate aceste unități umane se întrețes intim în marele ecosistem biopsihosocial.

VI. În esență, schema generală a nișei ecopsihologice umane este de natură genotipică, însă marea varietate de construcții ale nișelor provine din experiențele noastre de viață, din Erlebnisse. Schemă genotipică ni se transmite prin ADN, fără efort, ca dotă genetică. Construcția specifică însă a nișelor, fiecare cu planul său arhitectural mai simplist sau mai măiestrit, este de natură fenotipică și materialul de construcție are o dublă proveniență : a) propriile noastre trăiri în ecosistemul general, experiențele noastre și b) tezaurul de experiență, de trăiri a generațiilor antecedente, strîns și ordonat cu grijă și transmis în mod pasiv prin însăși trăirea noastră în societate sau în mod activ, cu neta intenție umană de enculturație.

Ceeace a intrat în fondul genetic este schița primară a nișei ecopsihologice, existentă la ființele vii, urmărind-o pe filum pînă la monocelulară. Această schiță se trasează simplu prin următoarele linii ; a) excitațiile, care reprezintă informațiile și pun ființei în față o formă a lumii, un Gestallt ; b) răspunsul imediat sau prin tatonări, răspuns eupraxic, adecvat reprezentînd intrarea în reacție și c) rezultatul stării de mulțumire sau nemulțumire față de noul aspect, atît al său însăși sau al Umwelt-ului modificat, este un grad de structurare simplă de nișă ecopsihologică și care poate fi întrețesută la unele specii într-un sistem ecopsihogregar (haite, turme) ca un model rudimentar al sistemului ecopsihosociologic uman.

VII. Fiecare nișă ecopsihologică are un aspect caracteristic în funcție de necesitățile vitale ale individului, care iscă în aceasta un comportament apetitiv — das Appetenzverhalten. În funcție de acest comportament, fiecare își extinde și își aranjează nișa sa avînd în vedere un optimum : comportamentul trebuie să nu dea greș, să fie eupraxic. Consecutiv, se structurează în continuare nișa ecopsihologică, conform unei stări de mulțumire, de satisfacție, das Befriedigende.

Comportamentul apetitiv este dictat de tendința esențială a ființei care iese prin cei doi poli ai vieții : conservare individuală și perpetuarea speciei.

Coordonatele după care se construiește nișa ecopsihologică sînt constituite de triada Kantiană : Zeit, Raum und Kausalitätsgesetz (timp, spațiu și legea cauzalității). Timpul este măsurat prin momentul atacului prăzii, iuțeala fugii și momentul prinderii ; spațiul este marcat prin arealul de operație, în opera ființa vie se orientează uneori mai repede prin încercare și întîmplare fericită (trial and happp accident) sau prin încercare și eroare (trial and error) ; cauzalitatea se face resimțită prin apariția unui sistem nociceptiv sau benefic și senzația produsă.

VIII. Superioritatea structurală a nișei ecopsihologice este strîns legată de dezvoltarea sistemului nervos și a canalelor de informație. Schema primară arhitectonică își are sediul de trasare și energia necesară în diencefal ; modulările măiestrite și complexificarea își au o centrală superioară : cortexul cerebral. Hipotalamusul dă directivele vegetative prin rolul său instinctivo-afectiv, el fiind astfel inițiatorul construcției nișei ecopsihologice. Toată construcția ulterioară a nișei poartă marca dată de hipotalamus prin această schemă primoară, pe care o dictează. Pe această schemă se ordonează un material de construcție tot mai numeros și mai variat ; chiar materialul rudimentar al instinctelor este selectat și fasonat. Mașinăria inhibițiilor creată de om prin societate filtrează, selectînd și reprimînd, menținînd nișa ecopsihologică la valoarea ei arhitectonică. Defecțiuni în mecanismul inhibițiilor compromit nișa ecopsihologică, așa cum apare în alcoolism sau psihopatii ; distrugerea centrului acestui mecanism ca în tumorile de lob prefrontal degradează nișa ecopsihologică.

Instinctele sînt ținute în etajele inferioare ale nișei ; uneori refularea lor este așa de brutală încît sînt aruncate în subsolul nișei, într-un gen de arheologie a nișei ecopsihologice, în inconștient. Cînd sînt primite în etajele superioare, ele sînt stilizate prin acțiunea de durată a societății, încît comportamentul uman legat de insticte a devenit o componentă estetică a nișei ecopsihologice. Omul și-a „socializat“ instinctele pentru a le transforma în material de construcție a nișei sale ecopsihologice ; fiecare societate a modificat într-un mod specific aspectul instictelor, fiecăreia corespunzîndu-i un tip de nișă ecopsihologică. Instinctul sexual a fost ritualizat, devenind locatar de bază în multe compartimente și etaje.

IX. Nișa ecopsihologică a evoluat prin trecerea treptată de la hominide evoluate (Pongide) la hominieni. Desigur, caracterele biologice evoluate au influențat evoluția psihismului ; ori, nișa ecopsihologică a devenit superioară prin acest psihism evoluat. Hominizarea este veche de trei milioane de ani, după ultimele concluzii științifice ale lui Leakey, care a descoperit lîngă lacul Rudolf în Africa, un neurocraniu cu o capacitate de 800 cm^3. Chiar autralopithecinele au creat un gen de cultură de prund (pebble culture). De la aceste pithecine se ajunge în pleistocen la arheantropi : Homo erectus, babilis, heidelbergensis (care, se pare, a utilizat și focul) apoi în perioada glaciațiunilor și anume în Würm, se ajunge la paleantropi (Homo neanderthalensis, homo primigenius) și în fine, în pleistocenul superior, apar Neantropii (Cro-Magnon, Grimaldi, Chancelade).

Nișa ecopsihologică apare într-un grad superior de evoluție, atunci cînd omul, chiar paleantropul din paleolitic, a ajuns să creeze ceeace se numește „cultură“, începînd cu acea cultură de prund (peble culture) care însă rămîne în domeniul concretului. În mezolitic (în Musterian), Homo neanderthalensis și-a lărgit nișa ecopsihologică, întinzînd-o și în domeniul abstractului. Pentru a putea răzbi în lumea realului, în practica vînatului omul mezolitic face o legătură cu lumea transcendentului, unele animale devenind tabu. Formele animaliere, zgîriiate pe pereți de peșteră (Dordogne) atestă mentalitatea magică a acestui om, a cărei nișă ecopsihologică avea acum etaje în domeniul ficțiunii, în lumea transcendentului.

X. Pe scară zoologică, nișa ecopsihologică umană apare ca un gigant, pe care antropologii au remarcat-o, încît astfel se explică multitudinea de cognomina date omului : caracterele biologice de animal bimanum sau erectun şi caractere spirituale: sapiens, faber, habilis raţionale, symbolicum, loquens, ludens. Cel mai important caracter al omului este cel de vînător în grup. Oamenii s-au cinegetizat din necesitatea de hrană şi pentru a opera cu succes s-au organizat în grupuri. Prin cinegetizare omul a devenit „faber" căci şi-a fabricat unelte, a devenit loquens, căci vînătorii încep să comunice între ei şi astfel a devenit sapiens. Animalul care constituie hrana de predilecţie, sau care îl ajută la vînătoare, devine sacru, devine tabu. Vînătorul invocă forţe imperceptibile, pe care le crede însă puternice şi capabile să-i ajute la vînătoare. Pentru a-şi asigura succesul cinegetic, omul nu numai că respectă aceste forţe, dar le invocă printr-o adevărată cultură magic — religioasă; din aceasta, se naşte cîntecul, ritmul, dansul şi desenul plin de simbolistică, pe pereţii peşterii. Prin cinegetizare, nişa ecopsihologică a crescut întinzîndu-se atît interpersonal cît şi către o presupusă, imaginară forţă extramandană. Deasemeni nişa s-a stilizat, s-a ornamentat căci practicele de invocaţie sînt augmentate şi executate tot mai cu zel; gustul se rafinează şi încet, încet de la nivelul magic-religios se urcă spre etajul estetic. Acest nou stil, această nouă schiţă de nişă ecopsihologică se tot transmite din generaţie în generaţie. Materialul spiritual acumulat devine un bun sociologic, care se transmite sub formă de cutumă şi constituie un vast material de construcţie a nişelor ecopsihologice. Această cutumă este protosistemul axiologic din care s-au diferenţiat ulterior valorile juridico-politice, etice şi estetice.

In concluzie, comportamentul uman explică evoluţia ecopsihologică: mersul biped din silvostepă îl duce pe om la staţiune erectă, apoi la cinegetizare, la grup, la comunicare, la limbaj şi totdeodată la crearea uneltei, care necesită muncă. Omul se adaptează multilateral la mediu. Faţă de influenţele mediului, care îi pot fi nocive, omul şi-a realizat o secluziune prin crearea unui mediu artificial. Acest mediu artificial însă, oricît ar fi de „sofisticat", tot rămîne sub influenţa factorilor geometeorologici, care astfel intervin şi în structura nişei ecopsihologice.

XI. Superioritatea nişei ecopsihologice umane constă în forţa constructivă a abstracţiunilor. Primul pas spre abstracţiune este făcut prin simbol. Omul şi-a căutat o legătură pe verticală şi şi-a creat tabu-ul; inventînd astfel simbolul şi devenind astfel un animal symbolicum, a încercat calea spre abstracţiuni. Tabu-ul reglementează relaţiile pe verticală dar şi cele interpersonale; ele este plămada de factură magică din care se vor constitui atît religia cît şi normele etice şi legile.

Simbolul a apărut în paleoliticul superior, în Aurignacian perioada gliptică, în care omul a gravat, a zgîriat simbole pe pereţii grotelor, ajungînd la o adevărată „pictură rupestră" (în Magdalenian) şi la statuete de lut „venusienele".

Omul s-a simţit înconjurat de o lume vastă; el a căutat să o înţeleagă, să o cuprindă încît şi-a creat pietre de construcţii pentru nişa sa ecopsihologică din toate elementele lumii, pe care însă le-a semnificat prin simboale; prin acestea a realizat unificări de elemente; elementele lumii au fost concentrate sub formă de scheme de simboluri în noţiuni.

Mistria de construcţie a nişei ecopsihologice este limbajul; prin limbaj omul achiziţionează treptat un tezaur de valori, din ce în ce mai mare, din care îşi construieşte nişa sa. Deoasemeni limbajul îi procură mesaje, îi aduce informaţii în relaţiile interpersonale şi prin modulaţiile sale, îl relaţionează afectiv. Ori, nişa ecopsihologică se construieşte în societate din tezaurul de valori al acestuia din mesajele pe care le primim sau pe care le emitem, din atmosfera afectivă cu care o cimentuim şi îşi probează robusteţea în interacţiuni diverse. Limbajul a creat abstracţiuni de mare fineţe şi prin scris, acestea au fost fixate ca intr-o bancă, de unde toţi împrumutăm material de construcţie şi unde toţi depunem mereu.

XII. Momentul actual al evoluţiei este marcat de capacitatea de construcţie şi de realizare a unei nişe ecopsihologice gigante, cu numeroase compartimente şi nivele, cu subsol şi chiar cu arheologie şi cu o aşa eficienţă în acţiune, încît prin modificările pe care le-a creat pe Terra, omul poate fi considerat „o adevărată forţă geologică" (Martson Bates). Nişele ecopsihologice formează mari ansambluri, capabile de autoconstrucţie umană, de nişe ecologice, de modificări ale Terrei şi cu tendinţe chiar de a deveni o forţă cosmică.

Tot materialul de experienţă psiho-socială este adunat, păstrat cu grijă şi transmis prin acţiunea pedagogică, astfel încît omul îşi construieşte o nişă ecopsihologică corespunzătoare monumentului actual al evoluţiei.

este urmărit cu atenţie de către om, chiar dinainte de naştere (igiena maternă). Copilul retrăieşte evoluţia nişei ecopsihologice. El retrăieşte lumea magică fantastică, creindu-şi un univers magic de legende, basme, poveşti, în care fantasticul este elementul interpretat drept „Marele Adevăr" Copilul însufleţeşte elementele inanimate ca şi gîndirea primitivă (animism). Urmărirea acestui fenomen la intervalul vieţii unui om constituie procesul de dezvoltare al nişei ecopsihologice, care ca o ontoecopsihogeneză repetă filoecopsihogeneza. Mitul peşterii rămîne în arheologia psihismului, găsindu-se uneori resturi de lume mitică chiar în subsolul şi în unele nivele ale nişei noastre ecopsihologice.

Entuziasmul în construcţia psihismului este primit de la părinţi chiar din perioada de sugar: este atmosfera afectivă, adevărată vitaminizare afectivă, care îl umanizează pe copil şi treptat îl socializează. În avitaminoză afectivă, copilul rămîne un autist (autismul Kanner).

XIII. Construcţia nişei ecopsihologice este caracteristică fiecărui individ, dar există diverse grade de similitudine între indivizi, ducînd la alcătuirea de grupuri naturale (triburi, etnii, rase) sau grupuri create de acţiunea psihoconstructivă a omului (cercuri, clase, naţiuni). Factorii principali care influenţează construcţia nişei ecopsihologice sînt: 1. condiţiile geoclimatice, adică aspectul general al ecosistemului încît H. Taine putea să spună că structura psihică a vechilor greci se explică prin cerul, marea şi insulele vechei Ellade; 2. Condiţia biologică a individului şi conformaţia mentală şi 4. condiţiile social-istorice, adică complexul cultural, atmosfera socio-politică, etc. Nișele sînt strîns interrelaționate ; în realitate există o întrețesătură așa de intimă de nișe, încît totul apare ca un vast ecobiopsihosistem, constituit din individ — societate — peristază, adică o mare unitate. Nișa ecopsihologică este studiată în mod singular numai metodologic, căci în cadrul marei unități ecologice, apare o imensitate de varietăți de forme, de aparențe ale unor structuri („Gestallten“) interconexate, („tremendous variety“ cum se exprimă Bertalanffy). Nișa se construiește după un model dominant caracteristic fiecărei trepte de evoluție, ca un algoritm specific ; în esență, cei doi poli ai vieții construiesc structura. Aceasta se bazează pe merostructuri care ne amplifică forța corpului și finețea senzorială, dar și care inhibă tendințe, ce ne-ar expune periclitărilor de moment. Din structura neuropsihică, care este codificată genetic, construim o mare varietate de programe, care vizează un model superior de nișă ecopsihologică. Structura neurosomatopsihică a speciei noastre este pînă în prezent neschimbată neapărînd nicio modificare radicală în fondul nostru genetic. Dealtfel, evoluția nișei ecopsihologice nu s-a făcut prin perfecționarea structurii (hardware), ci a programelor (software)). Structura creerului uman nu a fost depășită, însă, în psihism, a apărut o îmbogățire masivă a echipamentului de programe pe baza cărora se construiește nișa ecopsihologică ; programele satisfac structura, dar uneori pe niște căi așa de fantastice, încît par de nerecunoscut, ca derivate ale structurii. Omul își lărgește și își fasonează nișa, cucerînd realitatea sau adaptîndu-se ei, pe bază de programe, lent elaborate, înscrise în biblioteci, inventate, învățate ; numai adaptarea rapidă, cu notă de necesitate urgentă se găsește înscrisă genetic direct în structură : adaptarea Selye la stress. Materialul de construcție ecopsihică este socializat și din el ne aprovizionăm fiecare prin enculturație. Motivațiile noastre biologice devin culturale ; de la semnale trecem la semne simboluri și lumea valorilor ne schimbă și comportamentul. Omul a devenit un „animal axiologic“, aspect ce rezultă din însăși nișa sa ecopsihologică și comportamentul său în această nișă este ordonat într-un adevărat sistem etologic.

XIV. Nișa ecopsihologică este un sistem cibernetic, care își reglează raporturile cu celealte nișe și cu mediul prin mecanism de feed-back. Ea este într-un continuu schimb de energie și informație, funcționînd deci cu in-și out-put. Această funcționare a nișei se face cu pierdere de energie, cu entropie, contra căreia sistemul luptă dezvoltînd negentropie pentru menținerea sa în echilibru. Programele sistemului sînt mai vechi sau mai noi ; cele vechi vin din rădăcinele filum-ului, înscrise genetic și intrate în arheologia psihismului. Fiind codificate în gene, ele sînt automatizate, venind ca programe de informație ereditară ; fiind însă de importanță vitală, aceste programe străvechi sînt adesea ridicate la ultimul etaj al nișei ecopsihologice, sînt înfățișate actualităților și realităților socio-psihice și astfel ajustate și rafinate pentru a se adapta în mod optim. Rezultatul adoptării se citește pe reacția de răspuns, care se afișează pe panoul nișei.

Nișele se organizează diferențiat, însă ele se integrează într-un ecopsihosociosistem.

Mecanismul integrării se explică prin aceea ce Moreno numește simpatie și antipatie (repulsie) constituindu-se grupuri, care însă sînt cuprinse în marele ecosociosistem. Gabrièle Tarde definea chiar sociologia ca o interpsihologie, iar Emile Durkheim numea societatea „o sinteză“.

Fiecare sociosistem își crează modelele sale culturale, care constituiesc cultura specifică „Kultura“ care produce culoarea și iluminația nișei ecopsihologice. Complexul cultural este creat și influențat de conformația nișelor și de interrelațiile lor, dar și „Kultura“ condiționează fiecare nișă. În cadrul fiecărui ecopsihosociosistem apar produse culturale specifice, mentalități care uneori apar bizare în cadrul altui ecosistem :este filozofia transculturală.

În acest ecosociosistem se integrează nișa ecopsihologică iar comportamentul, în analiză cibernetică este dictat de cele trei criterii de ordonare : 1. teritoriul pentru subsistemul nutrițional ; 2. sexual și poziție dominantă în grup (tendința la dominație).

XV. Valoarea unei nișe ecopsihologice este dată de mărimea sa, de structura sa, de variația programelor, de interconectările care o mențin în ecosistem, de tenacitatea și stabilitatea sa funcțională. Interconexiunile mențin valoarea nișei ; o nișă deconectată total, o desocializare constituie o alienare mintală.

Uneori, nișele sînt constituite în mod disonant în cadrul ecosistemului psihosocial, de către directive egofilice, ca în cazul psihopatiilor, sau cu o notă de contractură ideoafectivă de tip egofob ca, în cazul nevrozelor. Nișele construite vicios, prin „suferință de vecinătăți“ constituie stările caracteriopatice sau sociozele (P .Brânzei).

Dilatarea în mod patologic a nișei ecopsihologice pînă la deconectări, constituie mania, iar contracția nișei, depresia. În schizofrenie, se ajunge la nerecunoașterea proprie nișei ecopsihologice cu impresia de schimbare a conformației de contorsionări, distorsionări, pînă la schimbare totală.

Nișa ecopsihologică sărac dezvoltată, ca și cînd ar fi rămas pe o treaptă inferioară de evoluție este ca o peșteră cu faună oarbă, cu întuneric continuu — este nișa oligofrenilor.

Surparea structurilor, cu fracturarea conexiunilor și stingerea luminilor axiologice constituie demență. În fine, elementele din care este conformată nișa, pot fi degradate, ruginite sau afumate ca în toxicomanii.

O nișă sănătoasă este bazată pe simpatie interumană, încadrîndu-se în ecosociosistem și contribuind la realizarea solidarității sociale, a umanismului pe toată planeta.

XVI. Astăzi, nișa ecopsihologică umană se confruntă în evoluția ei cu o mulțime de probleme, care constituie un alt subiect :

— conformația nișei și structura economică mondială, cu propunerea unei noi ordini economice (Tinbergen).

— relațiile cu nișa ergonomică ;

— nișa ecopsihologică și industrializarea — urbanizarea ;

— mentalitatea și gastronomia, de unde bolile metabolice ;

— tendințele nișei și ambianțele floro-faunistice ; precum și problema poluării ;

— mijloacele rapide de circulație, factor de evoluție al nișei ecopsihologice și turismul ;

— problema resurselor de energie ;

— nișa ecopsihologică și explozia informațională, revoluția tehnico-științifică ;

— extinderea „mediului artificial secluzionant" care strică un echilibru, ducînd necesar la o reechilibrare în biocenoză ;

— poziția nouă a nișei ecopsihologice în cadrul exploziei demografice (babby boom), cu progrese miraculoase ale medicinei, care prin păstrarea multor tarați, poate altera genefondul prin încărcarea cu balast genetic.

In concluzie, omul este silit să-și adapteze nișa ecopsihologică unui moment crucial în evoluție, moment pe care el însuși l-a creat, încît se pune problema unei tehnici adecvate de construcție a acestei nișe demnă de homo futurus. Problema nișei ecopsihologice este de altfel un capitol al ecopsihologiei, domeniu ce se întinde interdisciplinar, ca un fir roșu printre ecologia generală, antropologie, psihologie generală, sociologie, cibernetică, psihiatrie, filozofie, istorie, economie politică, drept, literatură și artă (cultură în general).

The author studies the appearance of the psychism from the first degrees of the living matter (protopsychism), its evolution on the filum till the homo sapiens as well its organisation in a cybernetic system, wich constitues the ecopsychological niche, taking part in the social ecopsychosystem.

It is displayed the style of progressive organisation of the ecopsychological niche, the hierarchically arrangement on stages and the role of the interconexions and of the teasure of the experiences of the human society. Ended, it is emphasised the value of the niche for the ecopsichosociosystem and for the general ecosystem and there are mentioned problems of actuality, with wich is confronted the human ecopsyhological niche.

DUPA UN DECENIU DE ACTIVITATE

Mariana Cârmaciu
— *Suceava*

Vibrînd de cele mai calde sentimente de prețuire și considerație — comemorăm 75 ani de la înființarea spitalului „SOCOLA", primul spital de acest gen în Moldova, căruia i-a deschis largi orizonturi și i-a ridicat ștacheta muncii și a frumoaselor realizări la cel mai înalt nivel, prin priceperea, pasiunea și perseverența sa — iluminatul și virtuosul om de știință, personalitate psihiatrică strălucită atît în țară cît și peste hotare Prof. Dr. Petru Brânzei.

Militant neobosit pe tărîmul dezvoltării psihiatriei în țara noastră, nu a precupețit eforturile pînă nu a creat în toate județele Moldovei unități moderne, corespunzătoare pentru îngrijirea suferindului mintal. S-a străduit să ne transmită modelul activității sale, forța morală a exemplului său personal urmărind un singur deziderat — traducerea în practică — astfel că psihiatria românească să atingă perfecțiunea.

Cu prilejul acestei impresionante sărbători îmi îngădui să vă spun ceva din viața și activitatea „fiicei mezine" a Spitalului Clinic „Socola" — secția de psihiatrie a Spitalului județean Suceava.

Secția a luat ființă în epoca marilor transformări politice, economice și sociale, ale schimbării revoluționare în toate domeniile activității umane, cînd sănătatea populației a devenit o preocupare majoră pentru Partidul și Statul nostru.

Asistența psihiatrică se subordonează tot mai mult principiilor fundamentale ale apărării și promovării acțiunilor de sănătate mintală, sarcinilor de profilaxie, terapeutică și reinserție socio-profesională. In raport de dezvoltarea social-economică și a permanentelor schimbări și mutații, se produce o reconsiderare a principiilor de organizare și funcționare a spitalelor de psihiatrie în funcțiile de necesitățile socio-medicale contemporane.

Spitalul de psihiatrie reprezintă în condițiile noastre actuale, o instituție polivalent deschisă, la care populația apelează nu numai în vederea rezolvării unor nevoi biologice, ci și în vederea reabilitării unor suferințe psiho-sociale.

Sub influența acestor mutații de opinii, spitalul de psihiatrie nu mai deține monopolul îngrijirii bolnavului mintal, mai ales de limită și s-a trecut la constituirea de secții ale bolnavilor acuți în cadrul spitalelor de medicină generală, unde se duce o muncă interdisciplinară, în echipă de specialiști, bolnavul fiind privit în ansamblul său, nu mai prin prisma suferinței somatice, sau a celei psihice ci „Omul total", în fața căruia terapeutul trebuie să țină seama de cointeresarea tuturor trăsăturilor sale fundamentale. Extinderea competenței psihiatrice, sesizabilă, în ultimele decenii a impus deci diversificarea funcțiilor ei, pentru a putea exercita influența pozitivă asupra desfășurării vieții oamenilor în societate, contribuind astfel la promovarea sănătății mintale, care interesează toate instituțiile și compartimentele societății.

Eforturile pentru promovarea sănătății mintale au impus psihiatriei noi funcții de care trebuie să se țină cont atît în dezvoltarea instituțiilor de psihiatrie, cît și în formarea cadrelor. Se desprinde astfel importanța psihiatrului, în domeniul general al sistemului de asistență medicală, cît și rolul și sarcinile psihiatrului ca explorator al vieţii sociale, ca activist social, ca educator, ca membru al echipei şi colaborator cu o serie de specialităţi în cadrul echipei. În această epocă de transformări şi progres continuu, cînd năzuinţele medicinei moderne au devenit din ce în ce mai înalte şi mai pretenţioase, tinzînd să angajeze tot mai multe sectoare de activităţi umane, a luat fiinţă secţia noastră cu un număr de 55 paturi iniţial.

La început unitatea a fost deservită de un singur medic, 5 cadre medii şi personal auxiliar.

La 1.I.1971 nr. de paturi a crescut la 75 iar în noembrie 1973 am mai primit 2 medici secundari. Din 1976 printr-o mişcare de transfer înregistrăm minus un medic deci, practic — în marea majoritate a timpului unitatea a fost deservită de 2 medici. Munca era spinoasă, lipsită de experienţă, cu multiple confruntări cu necunoscutul, dar dorinţa de împlinire şi realizare a dezideratelor ce ne stăteau în faţă era mult mai puternică pentru a ne lăsa înfrînţi.

Bucovina înscriindu-se printre puţinele zone din ţară, care în ultimele 2 decenii a cunoscut radicale transformări sociale — economice şi culturale, cu trecere de la viaţa molcomă, lipsită de griji şi trepidaţii ale păstorului, crescătorului de vite, pădurarului, sau agricultorului, ce constituiau ocupaţiile aproape în exclusivitate ale locuitorilor de pe aceste meleaguri, la ritmul zgomotos, tumultuos, cu tot felul de confruntări aride, negative ale vieţii moderne urbanizate industriale, cu automatizarea şi mecanizarea majorităţii proceselor tehnologice, ceea ce a supus unui test de rezistenţă psihologică populaţia ei, înregistrîndu-se indicatori şi handicap socio-profesional la noul ritm de viaţă şi de muncă.

Dezvoltarea în ritm susţinut şi rapid a unei industrii diversificate pe teritoriul nostru, care subînţelege sute de mii de braţe de muncă, a dus la un transfer de populaţie din mediul rural în urban, aceştia fiind obligaţi să treacă la un nou stil de viaţă, la viaţa urbanizată cu tipicurile ei, la deprinderi profesionale noi şi un nou gen de muncă.

Modificările economice ale regiunii au dus la crearea posibilităţii ameliorării substanţiale a condiţiilor de viaţă a întregii populaţii, modificînd totodată profilul morbidităţii generale şi corespunzător cu aceasta s-a modificat şi structura epidemiologiei bolilor psihice. Corespunzător concepţiei nozologice a şcolii ieşene de psihiatrie — boala psihică apare ca o expresie dinamică a interferenţei de factori negativi biologici, psihologici şi sociali. În acest sens, studiul epidemiologic al dinamicii bolilor psihice arată că de unde în condiţiile unei vieţi precare economico-sociale şi medico-sanitare predominau psihozele exogene, în ultimele două decenii, ca urmare al creşterii nivelului de trai material şi cultural — psihozele exogene au devenit o raritate, crescînd ca frecvenţă psihozele endogene.

Se porneşte de la 577 internări în 1970 faţă de 34 589 bolnavi internaţi în spital pe toate secţiile acestea reprezentînd 1,6% din volumul de muncă al spitalului;

636 internări în 1971 — faţă de 35 495 — reprezentînd 1,8%;
815 internări în 1972 — faţă de 35 543 — reprezentînd 2,3%;
944 internări în 1973 — faţă de 35 737 — reprezentînd 2,6%;
1206 internări în 1975 — faţă de 37 656 — reprezentînd 3,2%;
1179 internări în 1975 — faţă de 38 087 — reprezentînd 3,1%;
1530 internări în 1976 — faţă de 40 005 — reprezentînd 3,7%;
1505 internări în 1977 — faţă de 41 723 — reprezentînd 3,6%;
1379 internări în 1978 — faţă de 40 486 — reprezentînd 3,4%;
1536 internări în 1979 — faţă de 46 300 — reprezentînd 3,3%.

TOTAL INTERNĂRI: 11 307 — reprezentînd 2,8%.

Îmbolnăvirile prin boli psihice faţă de totalul îmbolnăvirilor din teritoriul arondat înscrie următoarele procente:

— în 1970 = 0,92‰/judeţ;
— în 1970 = 0,92‰/judeţ; 1971 = 1,03‰; 1972 = 1,30‰; 1973 = 1,48‰; 1974 = 1,9‰; 1975 = 1,8‰; 1976 = 1,36‰; 1977 = 2,36‰; 1978 = 2,14‰.

Numărul bolnavilor internaţi nu exprimă morbiditatea exactă prin boli psihice din teritoriul, întrucît o serie de bolnavi la prima îmbolnăvire, sau recădere se pot interna nu în exclusivitate în secţia noastră ci şi în clinicile din ţară şi cu precădere în Clinica Psihiatrică Iaşi ce ne tutelează, sau îmbolnăvirile de limită se pot trata în ambulator.

Structura morbidităţii internărilor în secţia noastră poate fi reprezentată succint în modul următor: (vezi tabelul anexat).

Analiza longitudinală a morbidităţii pe diferite aspecte şi caracteristici — relevă că îmbolnăvirile sînt mai frecvente la femei cu excepţia alcoolismului, a psihozelor alcoolice şi în parte pendinte de acestea şi a personalităţilor dizarmonice.

Îmbolnăvirile psihice par mai frecvente în rural, dar este un fals raport — dacă ţinem seama de faptul că aici se încadrează şi masa de navetişti, care desfăşoară munca în marile întreprinderi şi combinate ale oraşelor noastre şi care îşi menţin locul de domiciliu la ţară.

Nevrozele sînt reprezentate în proporţie reduse nu pentru că ele nu sînt, nu pentru că nu ar exista bolnavi de nevroză, ci pentru că numărul de paturi din secţia noastră nefiind întotdeauna satisfăcător pentru a face faţă suferinţelor majore psihice, recurgem la tratamente ambulatorii pe cît este posibil, sau dirijăm bolnavii spre centrele mari şi în staţiuni cu profil de nevroze.

Şi totuşi după alcoolism — cu cel mai mare număr de bolnavi internaţi — la aceasta contribuind şi aplicarea Decretului 76 — urmează îmbolnăvirile de limită: nevrozele sindroame nevrotice, asteno-depresive şi personalităţile dizarmonice.

În ordine descrescîndă a frecvenţei urmează psihozele discordante şi sindroamele discordante, psihozele delirante cronice nedisociate (paranoiace).

Psihozele afective urmează ca frecvență psihozelor de tip discordant, apoi se înscriu alte tipuri de psihoze : aici încorporînd psihozele reactive de diverse tipuri, psihozele de maternitate, psihozele epileptice, psihozele pe fondul unor suferinți somatice etc.

Analiza morbidității ne evidențiază faptul că o seamă de psihoze ca cele pelagroase și luetice nu se mai înscriu în caziuistica noastră, devenind o varietate extremă, aceasta fiind rezultatul creșterii nivelului de trai în condițiile regimului democrat-popular, dispariției mizeriei și ignoranței.

Ne amintim cu toții că ele erau foarte frecvente în timpul regimului burghezo-moșieresc.

Dar dacă datele statistice indică o creștere a frecvenței îmbolnăvirilor limitrofe cu normalitatea (nevroze, coracteriopatii), care în trecut nu constituiau o preocupare pentru asistența medicală organizată, aceasta se datorează creșterii remarcabile a preocupării în legătură cu starea de sănătate a populației.

Datorită măsurilor complexe luate de conducerea de Partid și de Stat privind ocrotirea și promovarea sănătății populației, s-a ajuns la o creștere deosebită a duratei medii de viață, ceea ce duce implicit la o creștere absolută a populației vîrstnice și consecutiv la apariția mai frecventă a îmbolnăvirilor prin boli ale vîrstei înaintate. S-au semnalat cu frecvență mai mare psihozele afective predominînd melancolia și într-un procent mai scăzut sindroamele paranoice și hipocondriace.

Oligofrenia de diverse grade, encefalopații infantili ajung spitalizați numai cînd prezintă tulburări comportamentale mai grave, sau sindroame psihotice supraadăugate, sau eventual cînd necesită întocmirea unei documentații necesară unor demersuri medico-sociale.

O bună parte dintre ei au constituit obiectul unor expertize medico-legale, sau au necesitat aprecieri asupra capacității de muncă.

Procentajul relativ crescut al epilepticilor nu este datorat epilepsiei genuine, ci epilepsiei simptomatice, după suferințe somatice, encefalice, cu precădere posttraumatisme craniene înregistrate cu mai mare frecvență datorită dezvoltării sectorului forestier și mineritului, precum și datorită accidentelor de circulație mai frecvente, iar ca factor favorizant și agravant intervenind în mod deosebit excesul etanolic — obicei de masă în zona noastră.

Tot excesul etanolic a stat la baza creșterii frecvenței decompensărilor și agravărilor personalităților dizarmonice ,necesitînd tratament supravegheat spitalicesc.

În cadrul actual al dezvoltării moderne a asistenței psihiatrice, pentru a face un studiu epidemiologic cît mai obiectiv și aproape de adevăr, trebuie să facem mai întîi o analiză complexă a factorilor ecologici și social-culturali care influențează evoluția îmbolnăvirii psihice. Pentru aceasta se simte nevoia să creștem cadre de specialitate, să formăm echipe complexe, puternice, de medici specialiști, psihologi, sociologi, surori de ocrotire și de asistență socială, care să urmărească bolnavul în toată evoluția sa, în toate instanțele și condițiile în care se află.

În activitatea medico-psihiatrică ne-am axat pe ideea că nu este suficient să știm a aplica un tratament adecvat cît mai competent, ci să cunoaștem și să utilizăm toate condițiile materiale și morale care pot contribui la vindecarea, reabilitarea și resocializarea bolnavilor psihici.

Reabilitarea a fost primită prin cele trei dimensiuni ce o conturează : reabilitarea medicală, profesională și socială.

Reabilitarea medicală în stadiu de îngrijire spitalicească s-a realizat printr-o terapie complexă medicamentoasă, prin măsuri psihoterapeutice care includ exerciții fizice și terapie ocupațională.

În incinta unității s-au amenajat un teren de volei, de tenis de cîmp, tenis de masă unde bolnavii antrenați de cadrele medii se confruntă în mici competiții sportive.

Activitatea ocupațională în timpul tratamentului clinic urmărește menținerea unui ritm funcțional și a unor deprinderi de muncă — pierdute temporar prin procesualitatea bolii, precum și anularea izolării bolnavului, formularea unei cooperări între toți factorii protectivi : familie, colectivul de muncă, comunitatea însăși a unității medicale de tratament.

În unitate bolnavii sînt antrenați în activitățile gospodărești de îngrijire, curățenie și întreținere a saloanelor, curățenia aleilor, tăiatul și cătratul lemnelor, curățatul legumelor, pregătitul și curățatul zarzavaturilor pentru conserve, însilozatul legumelor și fructelor de iarnă, iar în sezonul adecvat la cultivarea, întreținerea și recoltatul terenului arabil de circa 1 ha. ce îl avem în folosință.

Sporadic femeilor li se mai dă să coase mileuri și fețe de mese ce sînt folosite la sporirea condițiilor de confort și decorarea interioarelor.

În centrul atenției ne-a stat permanent crearea unui microclimat spitalicesc cît mai adecvat, umanizarea condițiilor de cazare, o cît mai mare apropiere între medic și pacient, relații bazate pe omenie, sentiment de generozitate, de dăruire și devotament, solicitudine, sacrificiu și probitate profesională desăvîrșită.

Lăsîndu-ne în această spinoasă dar frumoasă muncă, am reușit spunem noi — să obținem rezultate bune în asistența psihiatrică în județul nostru, an de an îmbogățindu-ne experiența și cunoștințele și legat de acest aspect crescînd continuu parametrii de îngrijire, recuperare și resocializare a bolnavilor psihici.

Rezultatele frumoase ale unei munci de spital sînt anulate fără un tratament ambulator de consolidare, recăderile au o frecvență foarte crescută la toate categoriile de bolnavi care părăsesc tratamentul de întreținere, sau care nu beneficiază atunci cînd este necesar de o psihoterapie rațională de susținere în familie sau grupurile de care aparțin.

Asistența clinică nu reprezintă decît o etapă în tratamentul bolilor mintale, care trebuie să fie continuată și consolidată de rețeaua ambulatorie.

Aplicarea noilor normative a programului de lucru integrat își are o deosebită importanță în asistența psihiatrică, același medic — rotînd poate urmări bolnavul pe o perioadă îndelungată de timp atît în spital cît și în policlinică. Este — am putea spune — un mod activ de urmărire a bolnavului și recomandarea de a reveni la control în ambulator, putînd fi verificată cum se aplică de însăși medicul ce a dat-o. Bisăptămînal bolnavii mai deosebiți sînt văzuți în cadrul policlinicii împreună cu șeful secției și se iau deciziile cele mai adecvate.

In lumina directivelor actuale s-a pus accentul pe întărirea muncii în ambulator, care este mai la îndemîna bolnavului, mai economicoasă, fiind cea care trebuie să preîntîmpine îmbolnăvirile primare sau recăderile. Cu toate acestea înregistrăm suficient de multe recăderi, sau forme trenante de suferinți psihice legate de diverși factori negativi, Se face tot mai simțită lipsa LSM-ului unitate medico-psihiatrică complexă, care are la bază asistența psiho-medico-socială, asigură educația sanitară și psihogenetică a populației și contribuie într-o măsură importantă în contextul întregului sistem organizatoric al asistenței medicale de specialitate la reîncadrarea bolnavilor în familie, societate și producție. Acordînd o asistență de specialitate multilaterală asigură descongestionarea secției cu paturi.

Avem convingerea însă că sub aceeași îndrumare rodnică și competentă a Clinicii psihiatrice Iași și cu sprijinul conducerii sanitare rețeaua psihiatrică se va completa în dezvoltarea sa, își va atinge dimensiunile corespunzătoare cerințelor actuale.

CUNOAȘTEREA MOTIVAȚIEI ÎN GENEZA STRUCTURĂRII CONFLICTULUI

Eugenia Simulescu
— Cluj-Napoca

Cunoașterea și motivația includ activități specific umane, activități cu direcție de dezvoltare intra și extrapersonale, cu suprafețe extinse operaționale de la perceptiv senzorial prin concret, abstract și imaginar spre social, cu consecințe importante de ambele părți.

Realitatea, ca peisaj, de perspectivă profundă, este o temă majoră a existenței, resimțită mereu ca o preocupare necesară care cade sau nu sub simțuri perfecte sau imperfect, care devine gîndire autonomă, trecînd prin etapa de cunoaștere arhaică, prin cea a realismului clasic către fantasticul sprarealist, regăsit în relația spațiu-obiect atît în normal cît și în patologic.

Spațiul fizic și social, se interpune, ca distanță și dimensiune între observator și obiectul de observat, focalizarea cunoașterii fiind reprezentată fragmentar în obiectiv, supusă investigării și dezvăluită cu degajarea sensului pînă la simbol și apoi la materializarea ideii. Același spațiu fizic și social este o trecere în sens de timp, timp înțeles ca o echivalență stabilită de cele mai vechi forme de reprezentare trăite, ceea ce îi conferă o dinamică progresiv evolutivă înscrisă în structura vieții și a antagonismelor prezente pretutindeni.

Considerînd percepția ca un proces de interacțiune, realizat activ prin reflectarea realității, Nadine Zuili, susține că pentru a percepe mediul cu constantele, schimbările lui în vederea anticipării și stăpînirii situațiilor, se lucrează cu trei operațiuni fundamentale : identificarea obiectelor și evenimentelor, discriminarea diferențelor și a variațiilor și decizia celui ce cunoaște. In aceeași viziune percepția nu este singura copie a realului, ci conține iluziile, temerile și dorințele noastre, ceea ce conturează și izolează trăirile personale, sentimentele, judecata preluînd decizia de acord sau de contestare, în funcție de experiență sau de posibilitate de anticipare, — totul într-o textură dinamică și mai mult sau mai puțin plastică după posibilitățile inteligent energetice ale subiectului. Se pare că acest din urmă aspect definește sau conturează diferențierea personalității în termenii atitudinii perceptive și cognitive (G. S. Klein). Observațiile lui Witkin cu privire la domeniul senzorio-tonic, se referă la modul de funcționare a activităților perceptive și cognitive, stilul cognitiv fiind reprezentat de diferențele inter-individuale ale percepției, memoriei, sau identificării conceptelor, ca un aspect indicator calitativ, de valoare mai largă decît performanțele intelectuale. Stilul cognitiv ar fi un mod aparte de control cognitiv rigid sau flexibil, cu o funcție adaptativă de stabilizare a comportamentului, în raport cu fluctuațiile motivaționale. Sistemul duce la structuri din ce în ce mai complexe, la concepte, ce se plasează între cunoașterea perceptivă și imaginară spațializat și temporalizat, care situează persoana atît pe linia tradiției cît și a relațiilor sociale de prezent și de viitor.

Comunicarea ca sistem leagă spațiul imaginar de cunoaștere, prin posibilitatea limbajului de a pune în imagine cunoașterea, a converti, ca formă, motivația — și a da mișcare și direcție în timp imaginarului condensat în trăire și în cuvînt.

Schematic, cunoașterea pleacă de la realitate spre persoană care optează într-o viziune barocă sau sobră se transformă în acțiune de cercetare interioară sau exterioară, se întoarce în planul trăirilor și operațiilor mental logice, se încarcă afectiv și se traduce comportamentul, atitudinal, consecitiv experienței și motivației. Această „schemă“, dar mai ales ceea ce presupune în exprimarea ei, corespunde normalului și patologicului, fiind cea ce unește și ceea ce desparte aceste aspecte. Le unește prin desfășurarea succesivă a legăturilor între cunoaşteri adecvate sau neadecvate, a încărcăturii afective de acompaniament, în plus sau minus, a posibilităţii de comunicare reale sau false, a expresiei integrate sau dezintegrate, pentru a enumera cîteva din aceste aspecte — şi, această schemă desparte normalul de patologic, prin răsturnarea valorică a genezei cunoaşterii, organizate sau dezorganizate în timp, a spaţializării eronate, într-un imaginar confuz, distant, neintegrat şi lipsit de contact cu realitatea, ceea ce duce la structurarea conflictului nevrotic pînă la viziunea contradictorie, onirică a delirantului sau la cea insuficientă, limitată, a imaturului sau debilului mintal. Ruperea de realitatea din afară poate genera trăiri interioare cu modificarea formelor, simplificate sau sumate, expresive sau dimetrice, răsturnate ca valori, alungite sau altfel alăturate, deconstruite şi reconstruite (Picasso), cu degajarea unor structuri secunde, ireale.

Prelucrarea interioară modelează realitatea ca într-un proces de degajare a unor ansambluri de sensuri, conforme sau nu. Cognitivul este perturbat în autism, iar în unele psihoze cunoaşterea falsă este teoretică, cu apartenenţe la subiect sau la boală. Lapierre acordă importanţă fondului psiho-afectiv pe care se realizează cognitivul, orice defect al acestuia interpunîndu-se progresiv între mine şi celălalt, între mine şi ceilalţi, între mine şi lume. Este interesant un studiu al lui Nguyen Thanh Huong, cu privire la o nouă perspectivă a genezei cognitivului. Autorul recunoscînd aportul de maieştri, la problemă, a lui Piaget, Wallon şi al altora care recunosc adiţia afectului în psihologia conduitei şi a adaptării, consideră că este necesară o reevaluare a afectivităţii, care nu poate rămîne numai o funcţie psihică între altele. N. T. Huong consideră afectivitatea ca un ansamblu de tendinţe care dirijează, organizează şi susţin comportamentul, fiind formată dintr-o reţea de motivaţii, ale căror manifestări apar sub formă de emoţii şi atitudini. Afectivitatea ar fi la rădăcina comportamentului, ca o componentă dinamică. Atitudinile ar exprima orientarea comportamentului, iar emoţiile ar indica etapele realizării, motivaţiile şi atitudinile fiind intim legate între ele. Acelaşi autor, luînd „Conduita" ca o unitate de bază, identifică patru grupe de activităţi : neuro-vegetative, motorii, cognitive şi simbolice. Aceste activităţi se realizează în 3 direcţii, spre cunoaşterea lumii exterioare, a celorlalţi şi a ta însăşi — şi au trei grupe de motivaţii : funcţionale, sociale şi de afirmare de sine — toate reunite în atitudini, ca expresie concretă a motivaţiilor.

În patologie, ceea ce alterează adaptarea, integrarea şi generează conflictul este cunoaşterea modificată calitativ sau formal. Calitativ, în sensul deformării realităţii, a nerecunoaşterii sau insuficientei ei cunoaşteri, a transformării, a nonclarităţii sau a depăşirii realităţii. Pe plan formal, o cunoaştere incoerentă a realităţii, prea de suprafaţă sau prea de profunzime, cu lacune sau artefacte, va avea desigur consecinţe pe plan comportamental în sens dezintegrativ. Drama tulburărilor de cunoaştere umană, oricare ar fi calitatea sau forma acestor tulburări constă în pierderea semnificaţiei semnului evocator de eveniment, în incapacitatea de a intra în comprehensiunea lucidă a unei realităţi globale, de a o integra nealterat, adecvat, creator, plastic şi consacrat.

Based on the recente litterature, the author, discusses theoretically, the importance of cognitive processes, of motivation in the adaptad integrated or generating of conflicts behavior of humans.

Skematikally expressed, the cognitive process departs from the reality towards the human person with has the possibility to chose and to have a personal vision.

This cognitive processes will be transformed in interior or exterior research, actions, comming back, in the plan of mental logical experiences and actions, where this are laaded affectivelly and are translated in behavior, acording to the experiences and motivations. The communication as a sistem bounds the imaginary personal space, to the social one, by the possibility of language to put knowledge in images and to shape it.

In pathology, the failed adaptability and integration as conflict generating processes, are given by the calitative and formal distorsions of the cognition, as un Kwowing or insuficient Kwowing, of Transformation, ambiguity, or depassing the real shapes. On the formal plan, an incoherent Kwowing of reality to superficial or to deep, with lack or artefacts, will have furthearmore consequences on the behavior in a destructuring sense.

The drama, of cognitive failures in humans, laies, in loosing of significance, of the evocatory sign of experience in the incapacity to arive to a lucid undestanding of reality, as a whole in the incapacity of non altered, correct, creativ, plastic and consacrated integration.

It is emphasised that in the contemporary litterature, the afectivity is consideret as a complex of tendencys wich organises and sustaing essentialy the behavior.

VALOAREA DIAGNOSTICĂ A TESTULUI M.M.P.I. ÎN PSIHOPATOLOGIE

Carola Offenberg, Silvia Gherghe, N. Păruş
— *Iaşi*

Pe linia investigării personalităţii ne-am axat în lucrarea prezentă în speţă pe chestionarul de personalitate MMPI, unul din cele două teste derivate din nozologia psihiatrică aplicîndu-l la subiecţi internaţi în clinica psihiatrică Iaşi, cu afecţiuni aparţinînd psihiatriei marginale cît şi celor cu afecţiuni psihotice endo- sau exogene, toxicomanii, traumatizati craniei etc. Lotul nostru cuprinde 112 pacienţi testaţi prin intermediul MMPI. La 25 dintre aceștia am aplicat o baterie de teste alcătuită din : chestionarul Eysenck, chestionarul de tendințe psihonevrotice W—M și deasemenea am folosit testul Wechsler — Bellevue — WISC și WAIS în raport de vîrstă pentru determinarea coeficientului intelectual (Q.I.).

Am comparat rezultatele cu un lot martor reprezentat de 40 de bolnave suferind de „sindrom Turner", internate în clinica endocrinologică lot care a fost obiectul unei investigații psihologice anterior comunicate.

Studiul a cuprins 112 cazuri ; 70 bărbați și 42 femei, din care 76 de proveniență urbană și 36 de proveniență rurală cu vîrsta cuprinsă între 16—48 ani.

Pe profesii 7 elevi, 26 muncitori, 20 țărani cooperatori, 19 tehnicieni, 18 funcționari, 14 intelectuali și 8 pensionari, iar ca pregătire școlară, 7 elevi, 21 cu pregătire elementară (4 clase) 36 absolvenți de școli profesionale sau tehnice, 34 absolvenți de liceu, 14 cu studii superioare.

Pe grupe nozologice : 42 nevroze, din care : 22 neurastenii, 12 depresii nevrotică, 8 nevroză obsesivo-fobică. 12 psihopatii din care : 3 psihopatii histero-impulsive, 4 ciclopatii, 3 psihopatii epileptoide ; 12 schizofrenii ; 11 melancolii cu elemente delirante ; 17 diferite forme de etilism (etilism cronic, dipsomanii, intoxicație etilică acută, etilism cu tulburări de comportament etc) ; 17 stări psihopatoide post traumatice.

Ca frecvență a internărilor : la prima internare 39 cazuri, la a doua internare 32, la o treia 21, la a patra 16, la a cincea internare sau mai multe, 13 cazuri.

În ce privește testul de inteligență : WISC și WAIS : 2 subiecți prezentau QI (69) — debilitate mintală formă lejeră, 3 subiecți QI (76—78) intelect de limită ; 10 subiecți QI (80—90) intelect normal mediocru (sub mijlociu) 10 subiecți QI (90—109) intelect normal mediu ; La lotul martor (40 subiecți) am găsit 2 cazuri de debilitate mintală lejeră : 4 cazuri intelect de limită, 3 cazuri intelect normal submijlociu și 21 cazuri normal mediu.

În privința testului MMPI, la subiecții internați în clinica psihiatrică, am folosit testare individuală prin cartotecă datorită heterogenității instruirii școlare, cît și a polimorfismului nozologic, aplicînd procedura de grup în exclusivitate la lotul martor. Din cei 112 subiecți luați în studiu, testul a fost invalidat în 7 situații : 5 subiecți prezentau valori crescute în scara F (peste 18—20) dintre care 3 prezentau o evidentă tendință la supradimensionarea deficiențelor, iar 2 subiecți cu D.M. lejeră (QI = 69), s-au adaptat greu la dificultățile testului.

De asemenea testul a fost invalidat la 2 cazuri cu scor crescut în scara L (Lie — Mansonge).

Din 112 cazuri, 7 fiind invalidate, am interpretat 105 grafice rezultate din despuierea scărilor clinice și a celor ajutătoare. Pentru ușurința înțelegerii, reamintim că notele brute sînt notate cu T, valorile normale fiind cuprinse între 50—70, cele patologice fiind socotite numai peste valorile de 70.

În grupa nevrozelor, din cele 42 de cazuri am găsit următoarele note T crescute limita superioară a normalului : la 21 de cazuri corespunzînd grupei nozologice neurastenie și nevroză obsesivo-fobică cu note T 78—96 în scara Hy, T = 73—82 în scara Hs, T=75—88 în scara Pt, existînd concordanță psiho-diagnostică, scările Hy (Histerie), Hs (Hipocondrie) și Pt (psihastenie), corespunzînd triadei nevrotice.

Am găsit asociați în sens patologic și între scările clinice D și Hs cu T cuprins între 80—84 la un număr de 4 cazuri cu marcat potențial de a face o decompensare depresiv-psihotică, această constatare subliniind valoarea testului în decelarea stărilor prepsihotice.

T crescut numai în scara D cu valori cuprinse între 73—76, am găsit la 8 cazuri corespunzînd depresiei nevrotice.

Nu le interpretăm ca depresii psihotice, deoarece valorile sînt ușor superioare limitei maxime a normalității.

Și la lotul martor din cele 40 cazuri luate ca referință, scările clinice modificate au fost în D, Hs, și Hy cele mai frecvente (12 cazuri) avînd T crescut în D și Hs.

Există o concordanță clinică și aceste valori relevate de test în care predomină modificări în scările D (depresie) și Hs (hipocondrie) explicabilă prin sentimentul de inferioritate față de restul semenelor prin imposibilitatea de procreare și handicapul fizic ducînd la decompensări depresiv-nevrotice care nu ajung însă niciodată la intensitate subpsihotică sau psihotică, în testare se vede că, valorile nu erau crescute decît foarte puțin peste limita superioară a normalului (de altfel în lotul martor nici un caz nu a prezentat antecendente psihiatrice).

În ce privește scara Pd care după Delay este foarte sensibilă și greu de falsificat ne-a relevat potențial de deviație psihotică la persoane aparent indemne de tulburări de comportament.

La acestea folosirea unei terapii medicamentoase adecvate dublată de psihoterapie poate de un real folos în prevenirea apariției comportamentului aberant psihopatic.

Din cele 13 cazuri de psihopatie și 17 stări psihopatoide posttraumatice, concordanță psihodiagnostică am găsit în 23 de cazuri. În scara Pd am obținut valori T între 86—92 constatînd următoarele triade : Pd, Hy, Pa, din care : T = 83—87, Hy cu T = 76—89, și Pa cu T = 79—93. Această triadă corespunde clinic la 5 cazuri diagnosticate cu psihopatie histero-impulsivă și două cazuri cu psihopatie epileptoidă.

De asemenea am găsit triada Pd, Ma și Pa la 11 cazuri cu valori ale lui T crescute în Pd (89—93), Pa (85—89), Ma (78—82).

Clinic, corespundeau la 3 ciclopatii și 8 stări psihopatoide posttraumatice. Asociație Pd cu T = (79—83) și D cu T = (74—79), am găsit-o în 5 stări psihopatoide post traumatice și la etilicii cu tulburări de comportament. La celelalte forme de etilism de asemenea am găsit asociații între Pd și D cu T cuprins între 75—80. Relevantă este obținerea unui T patologic în scara clinică Sc la 8 cazuri din 12, diagnosticate cu „schizofrenie (T = 80—89) cu asociații de T crescut în Pt (85—94) și T crescut în Hs (73—77). Diagnosticul clinic preliminar era de decompensare nevrotică fie hipocondriacă, fie psihastenică, dar pe parcursul evoluției fenomenologiei psihopatologige sa conturat o simptomatologie net discordantă cu debut nevrotiform sau psihasteniform, diagnosticul clinic final fiind concordant cu profilul psihologic obținut prin MMPI. Din grupa melancolilor am găsit asociații între scările D cu note T (85—87) și Pa cu note T (80—88) cît și Pt cu note T (85—86) la 7 cazuri cu melancolie delirantă. La celelalte cazuri cu același diagnostic am găsit asociație D (T = 84—86) și Hs (T = 82—83). Din totalul de 112 cazuri, 7 teste au fost invalidate, iar la 88 am găsit concordanță psihodiagnostică. La 17 cazuri, testul nu a fost concordant cu diagnosticul clinic.

Din lotul de 112 subiecți, 25 au fost investigați și cu chestionarul de personalitate Eysenck și cu cel de tendințe psiho-nevrotice W—M. (Woodsworth Mathews).

Încercînd să stabilim nucleul specific — tipul de personalitate prin Eysenck, am constatat la 7 subiecți intraversiune, iar 14 erau ambiverți, și 4 subiecți extraversiune.

Din grupul investigat la 3 subiecți am depistat un neuroticism normal (notat N și avînd valori pînă la 20), la un subiect N ușor crescut (20—28), la 12 subiecți N puternic crescut (30—38) și la 9 subiecți N extrem de accentuat (38—43).

Am constatat o bună corelație între valorile crescute T (70—73) ale scării Si (introversiune socială) ale testului MMPI și tipul de personalitate I (introvertit) stabilit de chestionarul Eysenck la 7 cazuri, în ambele teste.

Confruntînd scările clinice cu notele T patologice la MMPI și valorile obținute pe tendințe psiho-nevrotice la W—M la aceiași subiecți am constat că din 9 cazuri cu note T de (77—85) la scara clinică Pt. chestionarul (W—M) în funcție de punctajul realizat, relevă :

— 6 cazuri la nivelul zonei de filtraj (III)
— 2 cazuri — tendințe puternic accentuate (IV)
— 1 caz — nivel patologic (V)

Din 10 cazuri cu T (77—93) la scara Pa — tendințele paranoide la W—M se prezintă astfel :

— 3 cazuri în zona de filtraj (III), 6 cazuri în (IV) și 2 cazuri în (V) (nivel patologic).

Din 16 subiecți cu T (72—85) la scara D și T (73—84) la scara Hs, maniefstările depresiv-hipocondriace se prezentau în W—M astfel : 4 cazuri în zona (III), 9 cazuri în zona (IV).

Corelînd notele T (75—96) la scara Pd la un număr de 12 subiecți cu valorile obținute la W—M pentru tendințele asociale, am constatat că chestionarul W—M evidențiază punctaj modificat numai la 8 subiecți ;

— 2 subiecți prezentau ușoare tendințe (II), 1 subiect în zona (III), 4 subiecți în zona (IV) și 1 subiect în zona (V).

De aci superioritatea chestionarului MMPI față de W—M unde posibilitatea de disimulare intervine mai facil, în acesta din urmă.

CONJUGOPATIA — FACTORI PERTURBATORI AI SPAȚIULUI AFECTIV

Gh. Scripcaru, V. Mihăescu, C. Pandele
— *Iași*

Abordarea familiei ca univers care valorizează și redimensionează personalitatea umană, poate fi făcută din multiple perspective, însă oricare ar fi ea (biologică, psihologică, sociologică, etică, culturală, juridică etc.) se vizează unitatea și multitudinea determinărilor. Căci numai prin multitudinea de determinări și conexiunile lor putem înțelege, cel puțin în problema care ne interesează, dacă persoanele sau cuplul se află sub semnul armoniei unui număr de 50 subiecți (40 femei și 10 bărbați) a căror familie se aflau sub semnul dizarmoniei, ne propunem, să abordăm factorii perturbatori ai spațiului afectiv familial, care, de cele mai multe ori, duc la desfacerea căsătoriei din punct de vedere juridic.

Este binecunoscută că, și nu insităm, între multiplele trebuințe ale ființei umane, un loc aparte îl ocupă *trebuințele afective.* Cel puțin două argumente, în acest sens, sînt de neînlăturat : 1. ele dau sens orientării noastre în lume : 2. ele oferă (prin gratificații reciproce între persoane) securitate, deci posibilitatea manifestării unui comportament în care raportul eu—tu și eu—ceilalți, este trăit, cunoscut și apoi interpretat conform aspirațiilor de devenire.

Întemeierea unei familii prin căsătorie, respectîndu-se credințele de fond și formă din punct de vedere juridic, nu înseamnă nicidecum că îndeplinirea trebuințelor afective trebuie considerată ca fiind rezolvată pentru tot deauna.

Abia din acest moment dinamica vieții afective se manifestă, ca implicînd nu numai partenerii cuplului, ci și familiile de ritmuri sociale etc. În condițiile contemporane ale României socialiste, din investigațiile făcute de noi, ceea ce a determinat în primul rînd întemeierea familiei nu au fost interesele economice care, ce-i drept asigură confort dar nu adevărata sursă a fericirii, ci sentimentele cu toate înălțările și căderile lor. Rezultă că prin întemeierea familiei se realizează în primul rînd un spațiu afectiv căruia îi corespunde un limbaj specific, în funcție de personalitatea și experiența membrilor cuplului și că de calitatea acestui spațiu afectiv va depinde stabilitatea cuplului și accentuarea sau estomparea unor trăsături de personalitate. Este ușor de dedus faptul că perturbarea constantă a spațiului afectiv familial duce la determinarea celor mai delicate relații cu consecințele deloc îmbucurătoare pentru individ și societate. Factorii perturbatori ai spațiului afectiv familial sînt multipli, putînd fi clasați, în viziunea bio-psiho-socială și culturală în: a) factori perturbatori de ordin biologic; b) factori perturbatori de ordin psihologic; c) factori perturbatori de ordin psihosociologic; d) factori perturbatori de ordin sociologic; e) factori perturbatori de ordin cultural.

Dintre factorii perturbatori de ordin biologic, menționăm: nepotrivirile de ordin fiziologic (armonie de potență sexuală) și de ordin anatomic (corespondența organelor genitale).

Factorii perturbatori de ordin psihologic au o gamă mai largă de manifestare: aprecierea trăsăturilor *imaginii de sine* conform unor modele care nu mai corespund stadiului familial; atacul imaginii de sine, „corecția" lui generează la partenerul în cauză ură, rejectarea celuilalt partener, nu mai spunem de agresiune; desigur, autostimarea de sine, este legată de recunoașterea socială, de unde *dorința de dominare*; neîndeplinirea acestei dorințe de dominare este de asemenea un factor perturbator important, mai ales atunci cînd soțul dominator este inferior educat în comparație cu celălalt soț; *incompatibilitatea dintre imaginile ideale* pe care și le-au construit membrii cuplului prin proiecții și cristalizări afective.

Factorii perturbatori de ordin psihosociologic sînt în primul rînd rolurile pe care membrii cuplului trebuie să le joace. Aici conflictul dintre tradiție-modernitate rămîne deschis, accentuîndu-se și mai mult cînd vine momentul distribuirii rolurilor. Cum am arătat într-o altă lucrare, modelele din familiile celor doi parteneri persistă, ca urmare a faptului că modificările în sfera mentalităților nu sînt instantanee. Apoi, intervenția persoanelor din sfera grupului, seducția prezentării sensului vieții nu pe linia împlinirii aspirațiilor profesionale și procreației, a cărei ajustări de roluri în crearea unei *personalități a familiei*, sînt alți factori perturbatori.

Factorii perturbatori ai spațiului afectiv de ordin social nu sînt mai puțin importanți. Astfel ritmurile sociale, profesia, navetismul, concură la crearea situațiilor de criză și disconfort psihologic. Absența îndelungată a unui partener favorizează decristalizările afective, creează spaima singurătății. Oboseala datorată ritmurilor sociale generează desensibilizarea și în anumite limite chiar înstrăinarea. Lipsa tandreții simplifică relațiile partenerilor conjugali pînă la punctul în care ei nu se recunosc, astfel încît, conflictele tensionează, pînă la rupturi, relațiile familiale. Navetismul creează posibilitatea „descoperiri partenerului mult așteptat", de unde răceala și lipsa tandreței de care vorbeam. De asemenea, în cadrul cîmpului de muncă se pot întîlni parteneri care să satisfacă așteptările și să corespundă imaginii pe care unii o au despre cum trebuie să fie celălalt membru al cuplului. Urbanizarea, prin aglomerări de populație oferă posibilitatea anonimatului, favorizînd infidelitatea.

Factorii perturbatori de ordin cultural acționează de fapt indirect, prin intermediul aspirațiilor și idealurilor de cultură. Dimensiunea culturală a personalității, specifică și necesară, evidențiază și mai mult omul creator de valori. Spiritul afectiv familial poate fi grav afectat de aspirațiile disjuncte ale membrilor cuplului.

Desigur fiecare dintre factorii perturbatori prezentați necesită o abordare în detaliu, ceea ce ne propunem a realiza în viitor. Rezultă însă, din cercetările făcute, că în conjugopatie — armonia distorsionată a cuplului —, cum am arătat altădată, perturbarea spațiului afectiv familial este de primă importanță (afirmația este valabilă și pentru cuplurile care nu sînt în această fază). Prin consecințele nefavorabile atît pentru persoană cît și pentru societate, preventiv, se impune (avînd în vedere că cercetările în domeniul conjugopatiei vizează o strategie socială de preîntîmpinare a divorțialității), a se acorda o mai mare importanță psihologiei, psihosociologiei, sociologiei, pentru ca viitori întemeietori de familii să aibă cunoștințe minime despre ei, despre ceilalți și despre viața în grup. Într-un cuvînt să fie pregătiți nu numai pentru o profesie, ci și pentru relațiile sociale.

As a result of the investigation of the group of fifty persons (forty women and ten men), the authors underline that, of the multiple dterminants of conjugopathy, the perturbation of the affective space is paramount. In this way it is shown what the factors cooperating in perturbing the affectiv space are: biological, psychological, psycho — sociological, sociological, cultural. The authors consider that a social strategy aiming at preventing divorce, must rely on everybody's assimilating, ever since the school years (no matter up to what level), some knowledge of psychology, psychosociology, sociology .In this way there would be a training of everybody, not only for the respective professions but also for the social relations.

ROLUL FORMELOR DE COROANĂ ÎN TERAPIA PSIHICĂ

V. Cireașă
— *Iași*

Plantațiile pomicole din jurul spitalelor cu bolnavi psihici sînt destinate pentru a îndeplini o acțiune sanogenă (pomoterapie). La proiectarea acestora este necesar să se țină seama de unele elemente legate de forma de coroană, expresia de creștere vegetală a pomului în spațiu.

Importanța formei este subliniată de Balzac cînd scria că „totul este formă, viața însăși este o formă". Plantele pomicole pot fi modelate de specialiști pentru a crea bolnavilor un cadru care să le grăbească însănătoșirea.

Jean-Jacques Rousseau, adept al întoarcerii în natură, spune entuziast: „Copacii, arbuștii, plantele sînt podoaba şi veşmîntul pămîntului... Cu cît privitorul are suflet mai simţitor, cu atît se dăruieşte mai din plin extazului iscat în el de această armonie. O dulce şi adîncă visare pune atunci stăpînire asupra simţurilor sale şi el se pierde într-o încîntătoare beţie în imensitatea acestui frumos sistem cu care se identifică".

Pomul în simbolica începuturilor popoarelor are sensuri plurivalente : semn al ştiinţei, forţei, vieţii, creşterii şi al verticalităţii.

Starea psihică este influenţată de forma coroanei, structura coroanei, forma trunchiului.

Formele de coroană pomicole pot fi naturale sau artificiale (artistice). Cele naturale se divid în : piramidale, invers-piramidale, globuloase, pletoase şi tufă.

In forme piramidale se încadrează majoritatea soiurilor de cireş şi păr. Aceste forme au un efect stimulator, dinamic, excitant. Poziţia verticală şi oblică a ramurilor din perioada de tinereţe a cireşului şi părului au un efect mai dinamic decît poziţia orizontală a ramurilor din perioada maturităţii.

Formele piramidale sugerează stilul gotic în arhitectura vegetală. Acest stil ridică spiritul spre înălţimi celeste, descătuşat de grijile cotidiene. Este stimulată dorinţa de a întreprinde acţiuni curajoase, ambiţioase, măreţe. Apare astfel aspiraţia spre creaţie şi spargerea unor tipare încremenite. Se cultivă gîndirea analitică a tinereţii neliniştite, deschizătoare de noi căi de cercetare a necunoscutului spaţial.

Formele invers-piramidale se întîlnesc la unele soiuri de măr (Eliza Ratke). Aceste forme creează imaginea protecţiei omului aflat sub coroana lor.

Formele globuloase apar evidente la majoritatea soiurilor de măr, cais, piersic şi prun. Aceste forme vegetale în stil baroc, degajă senzaţia de calm, de împlinire, de echilibru psihic şi invită la autocunoaştere, la „self control". Este stimulată reflexia, meditaţia asupra creeaţiilor obţinute şi stimulează gîndirea sintetică a maturităţii. Apare o undă de nostalgie, melancolie sobră, reamintind elanurile tinereţii. Expansiunea siluetelor vegetative în spaţiu pentru receptarea energiei radiante a soarelui, în ritm calm al prudenţei vîrstei mature, sugerează bolnavilor strategia înţeleaptă în lupta pentru lumina cunoştinţelor medicale care îmbunătăţesc starea psihică („mehr Licht", Goethe).

Tufele de arbuşti fructiferi, (coacăz, agriş, cătină albă), întrupări tăcute ale modestiei vegetale, inspiră sentimente de respect faţă de aportul lor generos, deşi secundar, la formarea pitorescului horticol. Este necesară introducerea grabnică a cătinei albe (Hippophaë rhamnoides) în aleele însorite ale parcurilor sanatoriale. Acest arbust foarte decorativ (frunzele verzi-albăstrii, şi ramurile cenuşii contrastează cu portocaliul fructelor), are numeroase utilizări farmaceutice. Fructul, o polivitamină naturală, este foarte căutat pentru vindecarea a numeroase maladii. Faptul că revitalizează organismul uman (un adevărat gerovital natural) şi creează o stare psihică armonioasă, a stîrnit un interes excepţional în rîndul specialiştilor medicinii preventive şi curative.

Formele pletoase de la vişin şi de la cireşul Cristimar (o creaţie a facultăţii de horticultură din Iaşi), crează sentimentul resemnării în faţa dialogului cosmic (pămînt-cer) aşa cum arată poetul : „În atmosfera asta de împăcare / Între pămînt şi ceru-înalt şi clar / Se-nchină în drum o salcie plîngătoare, / Ca un modest al înserării dar" (Anda Opriş).

Formele de coroană intermediare de tipul celor ovale pînă la fus-tufă, cu predominanţa ramurilor oblice, determină senzaţia deschiderii în faţa tuturor posibilităţilor. Oblicitatea bioarhitectonică a ramurilor, reflectă starea măsurii mijlocii ideale, dintre exuberanţa verticalităţii tinereţii şi platitudinea orizontală a vîrstei foarte înaintate.

Pomii răzleţi, sînt singuraticii, aleşii, care înţelegîndu-şi chemarea destinului lor, găsesc fericirea în ei înşişi. („Castanul între struguri şi-a înţeles menirea : / Ce-a căutat pe drumuri, găseşte stînd pe loc, / Şi, adîncind pămîntul aceluiaşi noroc, / Cu zeci de ramuri ţine în braţe fericirea". (Ion Pilat).

În faţa vitregii soarte de a sta singur în mijlocul arşiţei, pomul îşi menţine verticalitatea demnităţii sale : „Doar nucul plin de umbră rămîne drept într-una, / Cupola-i grea de frunze punînd-o scut luminii, / Ca un monarh ce, falnic, în mijlocul grăninii / Cu braţele-nălţate îşi ţine sus cununa". (V. Voiculescu). George Călinescu atribuie nucului „virtuţi morale, juvenilitate, maturitate, rezistenţă fizică".

După furtună s-ar putea ca unii pomi să dezrădăcineze. Aceştia trebuie scoşi imediat întrucît s-ar putea ca vederea rădăcinilor să irite imaginaţia bolnavilor : „Nod de năpîrci, şerpi vajnici cît braţul şi cît cotul, / Trunchi negru de balauri încolăcit şi rupt, / Ciorchine de şopîrle-pămîntul dedesupt / Surpîndu-se în taină se desvelesc cu totul". (Ion Pilat).

Formele artificiale (artistice) de pomi create de celebrul horticultor Le Nôtre la Versailles, încă din vremea regelui Ludovic al XVI-lea, se perpetuează în livezile didactice şi în grădinile familiale. Ele pot fi introduse şi în grădinile sanogene din jurul spitalelor întrucît îmbină în mod armonios virtuţile estetice, valenţele utilului şi motivaţiile psihice. Formele artistice de coroană care ar interesa spitalele sînt următoarele : cordonul vertical, oblic orizontal şi Ypsilon, forma de U simplu, dublu şi candelabru, palmeta Verrier cu 4 braţe, palmeta cu braţe oblice, palmeta cu braţe orizontale, sistemul Cossonet (palmeta cu braţe oblice care alternează cu palmeta orizontală), palmeta candelabru cu braţe verticale simple şi duble, palmeta evantai, vas, liră, cupă, spirală, columnară etc.

Aceste forme artistice au existat acum 20 de ani la fosta şcoală de horticultură de la Vişani de lîngă Iaşi şi în prezent se găsesc la Facultatea de horticultură din Iaşi.

Varietatea şi frumuseţea formelor de coroană pot trezi interesul bolnavilor psihici pentru a le modela printr-o sculptură vegetală. Fantezia imaginaţiei poate duce pînă la identificarea suferinţei umane cu cea a candelabrelor pomicole (forme chinuite) : „Pe crengi de măr ca-n candelabre vii / Ardeau azi noapte stelele-n livadă... / Azi noapte candelabrele din mine / Ardeau în ger, cu merii-n unison /. Şi crengile lor roşii, de artere şi de vine, / Mi le frîngea cu zgomot, sub gheţuri opaline, / Bătăia unui puls ca un ciclon". (I. Frunzetti).

Formele de coroană înflorite generează stări sufletești paradisiace : „Au înflorit migdalii :... o ușoară / Și dulce briză-n taină a răspîndit / Esențe de eternă primăvară" (Dem Rădulescu). Florile albe, delicate și suave, care îmbracă pomii ca niște voaluri de mireasă nasc iluzia spectacolului de bal vegetal : „Cu legănări abia simțite și ritmice, încet-încet / Pe pajiștea din fața casei, caișii, zarzării și prunii, / Înveșmîntați în haine albe se clatină în fața lunii, / Stînd gata parcă să înceapă un pas de menuet". (D. Anghel).

O muzică pomicolă creează cadrului euforic de vis trăit de om în mijlocul unei naturi însuflețite. Florile vrăjesc poeții „bolnavi" de frumosul pomicol : „E atîta frumusețe ce colindă / Prin largi văzduhuri, peste pomi și case / Încît îmi vine s-o arăt cu mîna / Celor ce trec și să-i îndemn s-o prindă / Și să se umple de candoarea ei, / Așa cum uneori sînt pomii-n floare / De un sfînt extaz și de miresme grei." (V. Felea).

În simfonia toamnei, siluetele pomilor proiectați pe albastrul vinețiu al cerului, se încarcă cu aurul fructelor : „Au început să fie iar arborii de aur / Și tremură minunea palatelor de foi. / Se pîrguiește vremea întinsă pe coclauri, / Divinități streine au poposit la noi". (V. Voiculescu). Natura „ruginește" întrucît : „Soarele sfințește arborii, / toată frunza o icoană vie" (Ion Vinea).

Iarna, „Copacii grei de gînduri în palida splendoare / Au adormit din toamnă în fumul alb de ceață, / Cu vîrfurile întinse spre cerul fără soare" (M. Cruceanu). Iarna duce „tăceri de arbori din sticlă senină, / Seve oprite în lungă uimire" (R. Cîrneci).

În interiorul spitalelor se poate organiza cultura japoneză Bonsai (pomi în miniatură crescuți în vase). Acești pomi pitici sînt tratați cu afecțiune, fiind considerați ca adevărați prieteni sau chiar membri ai familiei. Bonsaiul reprezintă simbolul timpului condensat, întrucît un cireș sau un păr mic de 30 cm poate atinge o vîrstă de 70—80 ani. Forma coroanei este rotunjită la vîrf, care în viziune japoneză reprezintă odihnitor al vîrstei înaintate. Faptul că acești pomișori încărcați de ani, trăiesc și înfloresc, reprezintă un simbol al curajului și al victoriei în lupta vieții trecătoare, care aspiră spre eternitate.

George Călinescu găsește o asemănare surprinzătoare a omului cu pomul : „Omul este îndreptat cu capul spre bolta cerească, descoperind adevăratul centru al lumii noastre, care este soarele. Numai copacul îl imită în această direcție și încă într-un chip mai dramatic, fiindcă, ținut de pămînt prin multiple rădăcini, el pare a invoca cu brațele cerului, într-o sforțare de smulgere. Copacii sînt în cel mai înalt grad patetici, știind să-și declame cu gestul situația tragică și elanul".

În concluzie, formele de coroană pomicole, tipare vegetale fragile, determină deschideri psihice pozitive : „Prin parc țîșnesc izvoare de parfum... / Ascult cum plîng fîntînile și cum / Pe nervii mei arcușul serii plînge...". (D. Iacobescu).

Lucrarea prezentă a încercat să fie o bază de motivare științifică și artistică pentru alinarea suferinței bolnavilor psihici.

In this work there are presented the forms of crowns of trees that can be used in psychic therapy. There are exposed the forms of natural and artificial crowns. Certain forms of crowns hare positive influence upon the state of psychical health. It is recommended to set up curative plantions around hospitals.

ROLUL HORTIVITICULTURII ÎN COMBATEREA CRONOCIBERNOZEI

V. Cireașă, Elena Cireașă
— *Iași*

În fața multitudinii de solicitări vechi și noi, organismul uman caută să se adapteze printr-un efort intelectual mai mare. Forțarea ritmului propriu de lucru și violarea periodicității biologice prin schimbarea raportului activitate-odihnă, determină după o anumită anumită durată de timp sindromul de neadaptare psihică.

Sindromul de neadaptare la presiunea agresivă a timpului, care la omul modern a devenit un bun foarte scump, provoacă tulburări de reglare a mecanismului cibernetic uman. Boala de neadaptare care stă la baza dereglării biociberneticei și care duce la îmbătrînire a fost denumită cibernoză de către Meerloo.

Întrucît cibernoza se referă la un eșec adoptativ în fața agresivității factorului timp, noi încercăm ca pentru prima oară în această lucrare s-o denumim *cronocibernoză*.

S-a demonstrat că personalitatea umană se caracterizează prin capacitatea de a schimba raportul dintre timpul subiectiv și obiectiv, în funcție de factorii afectivi.

Cronocibernoza, face parte din domeniul cronopatologiei. Aceasta din urmă la rîndul ei se încadrează împreună cu cronofarmacologie și cronogenetică în noua disciplină științifică : cronobiologie.

Această boală funcțională este foarte răspîndită printre intelectuali. Cronocibernoza se accentuiază odată cu vîrsta la numeroase cadre didactice. Însă boala psihică a fost observată și în rîndul studenților din anul I și anul IV facultatea de horticultură din Iași. Studenții din anul II, trecînd din mediul liceal la cel universitar, suferă un șoc de neadaptare cu consecințe uneori dramatice. Din studiul efectuat, a reieșit că presiunea timpului se accentuează în perioada sesiunii examenelor. Lipsa de experiență în organizarea timpului pentru învățătură duce la o tensiune psihică și la o dereglare a mecanismului biocibernetic (a relațiilor „in troni“ de tip Whitebox).

Studenții anului IV manifestă o presiune a timpului extrem de acut. Astfel în cursul semestrului II studenții lucrează la 6 proiecte de an, cu 3 probe de control și sînt solicitați la maximum în executarea proiectului de diplomă.

Dereglarea ceasului biologic intern este biruită adesea de cadrele didactice și studenți în modulele de practică care se fac periodic în mijlocul naturii horticole.

Ambianța horticolă crează condițiile unei psihoterapii ce interesează pe toți cei care datorită suprasolicitării nervoase a vieții urbane suferă de cronocibernoză.

Plecînd de la conceptul integrativ promovat de școala contemporană de la „Socola“ în care omul este pacient tridimensional (bio-psiho-social), vom arăta că ambianța horticolă joacă un rol de feed-before (de prevenire a dereglării nervoase), dar și de combatere a cronocibernozei. Orașul Iași, supranumit de Topîrceanu orașgrădină, a oferit locuitorilor săi de-a lungul istoriei sale zbuciumate, un cadru sanogen demn de relevat.

În ultimii ani suprafața horticolă din jurul Iașului a crescut la 4000 ha, cuprinzînd ca un covor verde cele 7 coline ale sale, amintind de frumusețea împrejurărilor Florenței.

Spitalul Socola se află situat într-o zonă horticolă încă de la înființarea sa. În litografiile din secolul trecut, palatul lui Mihai Sturza, în care a fost instalat mai tîrziu spitalul Socola, apare înconjurat de o vegetație bogată. Cîteva alei de plopi verticalizează vegetația conferindu-i un dinamism accentuat. În jurul mînăstirii Socola, ctitoria domnitorului Alexandru Lăpușneanu exista o grădină frumos amenajată.

Spitalul Socola, construcție cu elemente arhitectonice de stil moldovenesc, se armonizează în prezent cu ambianța horticolă, care s-a dezvoltat în ultimii ani. Astfel, spitalul aflat pe una din colinele Buciumului, este înconjurat de un cadru natural disciplinat de om în care se interpătrund armonios păduri, vii și livezi.

Marea variație a peisajelor din zona Buciumului precum și schimbarea ciclică a pitorescului în funcție de anotimp, influențează pozitiv asupra bolnavilor psihici.

Multitudinea speciilor horticole cultivate (pomi, flori, legume, viță de vie, arbori) care se exprimă diferit sub aspect fenotipic, trezește interesul pentru a le urmări, a le descifra secretele biologice și de a le îngriji (ergonomie horticolă).

Din punctul de vedere al *teoriei generale a sistemlor*, starea de sănătate psihică determinată prin ambianța horticolă-poate îmbrăca unele aspecte care vor fi expuse în continuare.

Proprietățile structurii unui sistem sînt următoarele : *integralitatea, autoreglare, echilibru dinamic* și *ierarhizare.*

Ambianța horticolă privită ca un sistem biologic vegetal deschis, prin efectul ei sanogen (peisajoterapie) influențează favorabil asupra bolnavilor de cronocibernoză. Natura horticolă îi inspiră bolnavului ideea integrativă că „totul este vis și armonie“. Transformarea continuă a naturii, de la înflorit pînă la rodire, sugerează sentimentul că „vreme trece, vreme vine“. Privind toamna căderea frunzelor este stimulată cugetarea odihnitoare căci, „mută-i gura dulce a altor vremi, iar timpul crește în urma mea“. (M. Eminescu).

Caracterul de *integralitate* se remarcă din interconditionarea naturii cu omul, în cadrul larg al schimbărilor meteorologice. Evoluția rapidă a norilor, de la cirus și pînă la cumulonimbus, sugerează bolnavului nevrotic sentimentul de nostalgie liniștitoare „trecut-au anii ca nori lungi pe șesuri și niciodată n-or să vie iară“. (M. Eminescu).

Interferența armonioasă între cîmpul biologic al naturii și cîmpul psihic determină starea de beatitudine senină : „Cît de frumoasă te-ai gătit, / Naturo, tu ! Ca o virgină / Cu umblet drag, cu chip iubit ! / Aș vrea să plîng de fericit“ (George Coșbuc).

Parfumul florilor în peisajul hoticol odihnește gîndurile (aromoterapie) așa cum sugerează versurile : „Miresme dulci de flori mă îmbată / Și mă alintă gîndurile blînde / Ce iertător și bun este gîndul / În preajma florilor plăpînde“.

Proprietatea de *autoreglare* cibernetică a bolnavului de cronocibernoză se relevă în momentul cînd în acesta se naște dorința de a îngriji florile pe care le admiră, întrucît simte că plantele îl înobilează („in flores nobilitat“).

Bolnavul psihic dorind să fie activ se poate întreba : „Nu e păcat / Ca să se lepede / Clipa cea repede / Ce mi s-a dat ?“ (M. Eminescu).

Trăirea responsabilă a vieții, este trezită de autoreglare cronoterapeutică : „Vine un ceas, cînd te oprește din drum / pentru o clipă, cît o respirare, / Ca să măsori viața de acum / Și să scurtezi atent în depărtare“. (N. Dragoș)

Natura îi oferă bolnavului prilejul vindecării, de căutarea timpului pierdut prin timpul regăsit („Vreme trece, vreme vine“). Lucrînd în mijlocul naturii (plantări, altoiri, tăieri, etc.) și modelînd-o luptă instinctiv contra eroziunii timpului (croeentropie).

Cronocibernoza determină „pierderi de ritm“. Contemplînd și muncind într-un peisaj horticol rațional plantat (grădină, livadă, podgorie, parc), bolnavul își *reechilibrează dinamic* starea cronopsihică normală, sincronizîndu-și bioritmul interior cu pulsația vegetativă. Goethe spunea că „ritmul are el ceva de vrajă ; ne face chiar să credem că sublimul ne aparține“. A deveni sincron cu ritmul cosmic, participînd la evoluția fenofazială a plantelor horticole care se schimbă odată cu anotimpurile, înseamnă să faci în fond cosmoterapie .Sentimental participării la pulsațiile universului îți conferă puterea de a stăpîni „mașina“ timpului și de a rezolva problemele în funcție de importanța lor socială.

In „hortus deliciarum“, asupra bolnavului acționează numeroși factori psihomotori. Astfel, oxigenul vegetal acționează respirația (atmoterapie), variata paletă cromatică îi desfată ochii, temperatura moderată reconfortează organismul, cîntecul păsărilor îi încîntă auzul. Toate acestea pot avea efectul unei revelații „în împăcarea de sine, / și totuși complet depinzînd de schimbările vremii, / organismul se mîntuie zilnic, / cu fructele grele ale singurătății (M. Ursachi).

Ierarhizarea, ultima proprietate a structurii stării de sănătate psihică, se realizează prin *reintegrarea* în timp a bolnavului datorită ergonomiei horticole. Observînd la o plantă horticolă comportamentul biologic diferit în funcție de starea de cronotopie a ramurilor, ființa umană retrăiește cele 3 ipostaze ale timpului trecut, prezent și viitor.

Trecutul este regăsit în însăși ființa sa : „Trecutul e în mine și eu sînt în trecut / Precum trăiește cerul în marea ce-l respiră“. (M. Eminescu).

Prezentul și viitorul eminescian demonstrează elocvent starea reintegrării în prezent : „Cu mine zilele-ți adaogi, / Cu ieri viața ta o scazi / Și ai cu toate astea în față / De-a pururi ziua cea di azi“.

Reintegrarea în clipa socială a bolnavului de cronocibernoză este lupta care se dă contra îmbătrînirii timpurii : „Aujourd'hui je commence, Je n-ai pas vielli.... J'ai connu plusieurs jeunesses succesives“ (Lacordaire).

Reapare gustul de a trăi clipa prezentă la impactul cu natura : hic et nunc.

În camerele bolnavilor psihici se pot executa aranjamente florale, care în spiritul ikebanei reflectă simbolic scurgerea inexorabilă a timpului („fugit irreparabile tempus“). Astfel, trecutul este reprezentat prin flori deja înflorite, prezentul prin flori întredeschise și viitorul prin boboci nedesfăcuți, sugerînd creșterea potențială.

În concluzie, cronocibernoza, care afectează unele persoane din mediul universitar, și care a fost descrisă în prezenta lucrare se poate ameliora prin intermediul unor ambianțe horticole adecvate.

In this work is described for the first time a psychical disease : „cronocybernose“.

This disease is to be found in the university ecosystem.

Under the pressure of lack of time there may appear at students and teachers diffulties in cronocybernetical self controls.

It is recommended to set up vitalistic aesthetical landscapes and horticultural ergonomy for the amelioration of psychic diseases.

CONTRIBUȚII PRIVITOARE LA IMPLICAȚIA AFECTIVITĂȚII ÎN PROCESUL INTEGRĂRII SOCIO-OCUPAȚIONALE A PERSOANEI

I. Alexandrescu
— *Iași*

I. După cum se știe, o integrare optimă a persoanei într-un rol socio-ocupațional e o rezultantă a unui acord dintre personalitate și structura rolului. Eșecul, ca și malintegrarea, sînt determinate de coliziunea dintre cele două structuri.

Corespondența dintre personalitate și rol poartă numele de vocație.

Vocația constituie un fenomen complex, dar dinamica ei e antrenată în mod deosebit de motivație și nu mai puțin de afectivitate.

Rolul favorizant sau defavorizant, după caz, al afectivității în procesul integrării socio-ocupaționale este bine cunoscut. De aceea, în prezenta comunicare noi ne vom rezuma doar la prezentarea unor cazuri de eșecuri de integrare prin implicații afective și la discutarea lor, încercînd să tragem unele concluzii numai în legătură cu mecanismele care se declanșează în psihismul uman în situația cînd într-o tentativă de integrare socio-ocupațională intră în acțiune unele sentimente frenatorii.

Cazurile puse în discuție sînt constituite din cinci pacienți ai spitalului clinic de Psihiatrie „Socola“ — Iași, spitalizați pentru tulburări nevrotice :

— Cazul nr. 1 e al pacientului M.M.E., în vîrstă de 36 ani, absolvent de studii superioare, profesor.

Din obligație mai mult, decît în urma unei solicitări primește să îndeplinească o funcție administrativă de prestigiu. Din prima clipă însă, a luării de contact cu noua sa profesiune a simțit că aceasta nu-i place. Sentimentul neplăcerii s-a transformat pe parcurs în desgust și chiar în repulsie. Nu putea suferi biroul în care lucra, masa de lucru, clădirea instituției. În fiece moment ceva îl îndemna să plece acasă. Conștiincios din fire, încerca zilnic să se dedea lucrului cu toată seriozitatea, dar nu-și putea concentra atenția. A urmat apoi o perioadă cînd, imediat ce se apropia ora de serviciu, era cuprins de o adevărată neliniște, iar cînd, ajuns la serviciu, punea mîna pe mînerul ușii de la birou, avea tendința de a se întoarce acasă.

— Cazul nr. 2 e al pacientului T.E., în vîrstă de 40 ani, absolvent al Institutului politehnic, inginer, în totul asemănător cu cel al pacientului M.M.E.

— Cazul nr. 3 e al pacientului R.N. în vîrstă de 17 ani, elev de liceu. Absolvind școala generală, a cerut părinților săi să-i înscrie la liceul de construcții. Părinții însă, neținînd seama de dorința lui, l-au dirijat către un liceu cu profil de fizică-matematică. Pășind în noua sa școală cu revolta în suflet față de părinți, a constatat că aceasta nu-i place. Elev foarte bun la studii, fiind mereu premiant în cl. I—VIII, a gîndit că pe parcurs va reuși să lichideze sentimentul neplăcerii, care ajunsese să-l chinuie zilnic. În loc însă ca acesta să dispară, după un timp se transformă în repulsie față de liceu. A urmat o perioadă cînd R.N. nu mai putea suporta deloc liceul. Mergea în fiecare dimineață pînă la poarta școlii, dar o forță interioară îl atrăgea de aici acasă. Mama fiind sesizată de ceea ce se întîmplă, își luă sarcina să-l conducă ca zilnic la școală și chiar să-l introducă în clasă. Cum pleca mama însă, părăsea și fiul școala.

— Al IV-lea caz e similar cu al III-lea. E cazul pacientei R.S. în vîrstă de 20 ani, de la Universitatea Iași, studentă în anul I al Facultății de Filologie, secția l. engleză. R. S. fusese o elevă foarte bună în liceu și a reușit printre primii studenți din an la examenul de admitere în facultate. După ce s-a prezentat la cursuri, totul a mers bine pînă în ziua cînd R.S., împreună cu colegii ei de an, a luat contact cu lectorul K, care, prin atitudinea sa față de studenți, prin jigniri și amenințări, a făcut o proastă impresie asupra lui R.S. Proasta impresie se transformă într-un sentiment de greață față de lector și prin extinderea față de facultate. Scurt, studenta R.S. părăsește facultatea și se întoarce în orașul său natal. Părinții o conduc înapoi la Iași. Cîteva luni în șir R.S. a fugit de la Iași în orașu-i de reședință, iar părinții au readus-o la facultate.

II. Toate cele patru cazuri sînt expresia unui comportament evitativ, cu debutul în sentimentul neplăcerii. Pe parcurs sentimentul neplăcerii, se transformă în dezgust, repulsie, iar în final, după explicațiile subiecților, în teamă sau mai bine zis în anxietate.

Anxietatea în toate aceste cazuri blochează actul comportamental normal și predispun subiectul spre demisie, care se concretizează în retragere sau în fugă.

Cum se poate explica un asemenea comportament ?

Așa cum remarcă Magda Arnold, emoția nu reprezintă o simplă expresie a unei stări fiziologice, ci e și un motiv, în desfășurarea fenomenului emoțional înscriindu-se mai multe secvențe :

— prima secvență ar consta într-o reacție neutră a unor stimuli externi ;

— a doua într-un proces de evaluare a stimulilor (sînt aceștia vătămători sau nu ? ;

— a treia în emoție propriu-zisă, în simțirea tendinței ;

— a patra în expresia emoțională ;

— a cincea în acțiunea individului : apropierea sau îndepărtarea de stimuli.

Experiențele lui W. Vogel, S. Raymond și R. S. Lazarus au confirmat că reacția la o situație amenințătoare depinde într-adevăr de o evaluare din partea persoanei a naturii amenințării.

În cele patru cazuri studiate de noi nu se pune problema unor emoții propriu-zise, ci a unor sentimente : de neplăcere, de repulsie. Orice sentiment însă, prin însăși natura lui, e un fenomen emoțional.

Așa cum se poate observa, în declanșarea și evoluția lor sentimentele în cauză s-au manifestat ca niște motive încadrînduse în totul în schema Magdei Arnold.

La început contextul situațional al celor cinci subiecți a acționat asupra lor cu un stimul neutru. Prin evaluare, ulterior acesta a fost socotit vătămător.

Într-o asemenea conjunctură în psihicul subiecților s-au declanșat conflicte intrasubiective, care au generat, prin presistență, stări de teamă, de anxietate.

Conform principiilor despre conflict ale lui Neal Miller :

— „Cu cît un subiect este mai aproape de un stimul dureros cu atît este mai puternică tendința de evitare a acestuia (principiul grandientului de evitare) ;

— „Panta gradientului de evitare este mai abruptă decît panta gradientului de apropiere“ (principiul pantei) ;

— „Numărul crescut de încercări întărite conduce la creșterea tendinței de apropiere sau evitare“ (principiul V) ; comportamentul normal de integrare sau de susținere în rol a fost la început parazitat și apoi ranversat. Parazitarea comportamentului a fost determinată de conflict, ranversarea de anxietate care a apărut ca o consecință a transformării sentimentelor negative într-o intensă teamă, împedicîndu-l pe subiect de a mai judeca liniștit, determinîndu-l a uza de acte absurde, care sînt echivalente cu tulburările de comportament.

Asemenea tulburări apar, cu alte cuvinte, ca o consecință a unor implicații afective negative în procesul integrării. După cum s-a afirmat însă, integrarea socio-ocupațională depinde în primul rînd de personalitatea subiectului. Din cercetările noastre reiese că toți cei patru subiecți aparțin tipului introvertit, prin însăși structura lor fiind hipersensibili, continuu frămîntați de puternice trăiri interioare, ceea ce ne îndreptățește să credem că, numai în raport de un anumit teren, unele sentimente negative pot genera tulburări de comportament. Altfel spus, totdeauna componenta afectivă se manifestă în raport de tipul de personalitate și determină consecințe în strînsă conexiune cu structura personalității.

CONȘTIINȚA DEMNITĂȚII FACTOR DE ECHILIBRU AL PERSONALITĂȚII ȘI DE EFICIENȚĂ OPTIMĂ A PERSOANEI

I. Alexandrescu
— *Iași*

„Personalis autem discretio decit singularitatem et dignitatem“ afirmă Bonaventura.

Corelația dintre individualitate, pe de o parte, și persoană sau personalitate, pe de alta, este indiscutabilă și larg dezbătută în studiile de specialitate.

Care este însă locul pe care-l ocupă demnitatea în existența persoanei, în reflectarea acesteia în propria-i conștiință și în dinamica personalității ?

Privitor la demnitate există variate speculații de ordin etic și filosofic, despre o abordare psihologică, efectuată în mod sistematic, n-avem cunoștință pînă în prezent.

Comunicarea de față încearcă să trezească interesul psihologic cuvenit pentru problema în discuție și să prezinte, deocamdată la nivelul unui A.B.C., rezultatele unor explorări în materie.

Investigațiile noastre în legătură cu demnitatea au fost întreprinse pe un număr de 200 persoane de ambele sexe, de vîrstă între 16—60 ani, subiecți constituind patru grupe distincte.

Grupa I-a a însumat 100 de adulți, de profesii și studii diferite, în aceasta fiind înglobați și studenții.

Din grupa II-a au făcut parte 25 adolescenți, elevi ai unor licee din Iași.

Grupei a III-a i-au aparținut 25 veterani de război.

Grupa a IV-a a fost compusă din 50 nevrotici din cadrul Spitalului Clinic de Psihiatrie „Socola"—Iași.

Ca metodă de lucru s-a uzat de dialogul dintre investigator și subiecți, sub forma unei mese rotunde, și de chestionarul cu răspuns liber.

Chestionarul a fost aplicat pe subiecții grupelor a I-a, a II-a și a IV-a. De dialog ne-am folosit numai în contactul nostru cu veteranii de război.

Chestionarul conține patru întrebări, trei fiind comune pentru toți subiecții celor trei grupe, a IV-a avînd două forme : forma a, destinată subiecților sănătoși, forma b, nevroticilor, conținutul întrebărilor fiind : 1. Ce simțiți și cum vă manifestați cînd vă e afectată demnitatea ? ; 2. Cum răspundeți unei chemări, chiar dacă aceasta cere sacrificiu sau un efort deosebit, în situația cînd apelul se adresează în primul rînd demnității dv. ?

Care credeți că ar fi rezultatele unei activități desfășurate în condițiile neglijării sentimentului de demnitate și care în condițiile respectării acestuia ?

4 a. Cum se exteriorizează comportamentul dv. cotidian cînd vocea conștiinței vă spune că acționați pe linia demnității și cum atunci cînd aceeași voce vă atrage atenția că vă abateți de la demnitatea dv. ?

4 b. În producerea tulburărilor pe care le acuzați a intervenit și afectarea sentimentului demnității ? În ce măsură ?

Dialogul avut cu veteranii de război a constat în jurul următoarelor teme :

1. Ce rol a jucat în timpul războiului conștiința demnității în acceptarea supremului sacrificiu ?

2. Cum s-a manifestat comportamentul dv. față de diferiții comandanți ierarhici, considerînd că unii dintre ei au ținut continuu seama, în decursul lungilor ani de concentrare și de război, de demnitatea dv., iar alții v-au tratat dur, distant sau cu dispreț ?

3. Ați constatat cumva pe parcursul anilor de tensiune mondială că există vreo legătură între demnitatea personală și demnitatea națională ? Dați-mi un exemplu edificator.

Răspunsuri primite

La întrebarea privitoare la afectarea demnității răspunsurile semnificative au fost acestea :

„Cînd mi se afectează demnitatea simt ceva asemănător cu a ți se lua ce-ți aparține".

„Parcă mi se răpește ceva din ființa mea".

„E ca și cum m-ar lovi cineva în inimă".

„Încerc sentimentul de nimicnicie".

„Devin ca un căzut din cer și rămîn dezorientat".

„Am un puternic sentiment de inferioritate".

„Mă pierd și zac".

„Plîng. Mă agit".

„Mă închid în mine, dar îmi fierbe sîngele".

„Am un simțămînt de jenă față de mine însumi și de umilință. Mi se pare atunci că am pierdut totul".

„Mă simt înjosit, degradat".

„Trăiesc o groaznică, o oribilă durere sufletească".

„Mă apucă o cumplită mînie".

„Mă simt ca un străin".

„Trăiesc un sentiment de înjosire. Mă simt rănit".

„Îmi vine să-l ucid pe cel ce-mi calcă în picioare demnitatea".

„E ceva ca un trăsnet. Rămîn perplex".

„Mă simt jignit, profund micșorat".

„Mă simt frustrat de un drept".

„Devin furios, vehement".

Întrebarea II-a a primit răspunsurile : „cu entuziasm", „prompt", „pozitiv", „afirmativ", „onorabil".

La întrebarea III-a, s-a arătat că în condițiile nerespectării sentimentului de demnitate rezultatele sînt : negative, dezastruoase, nesatisfăcătoare, ineficiente, catastrofale, deplorabile, pe cînd în condițiile respectării : fructuoase, foarte bune, superioare, cu mulțumire sufletească.

La întrebarea a IV-a, referitoare la exteriorizarea comportamentului atunci cînd acțiunea este aprobată de vocea conștiinței, subiecții au specificat că într-o asemenea situație acestea se caracterizează prin siguranță, echilibru și forță, că prezintă un aspect firesc, natural și că este expresia unei liniști interioare sau al unei mîndrii justificate, reversul constînd în : dezorientare, înstrăinare de sine însuși, dispreț de sine însuși, depresiune, rușine, înjosire, sentimentul vinovăției, blocare, sentimentul de prădare a propriului eu, ideea de pată pe conștiință.

La întrebarea dacă la producerea tulburărilor psihice acuzate a intervenit și afectarea demnității, adresată nevroticilor, 50% au răspuns da ; 15% foarte mult ; 15% în mod sigur ; 20% nu.

Din dialogul angajat cu veteranii de război s-a stabilit un mănunchi de afirmații, care în rezumat se prezintă astfel :

În acceptarea supremului sacrificiu conștiința demnității a jucat un rol deosebit. Ideea de a lupta demn, de a muri pentru apărarea spiritualității românești, pentru libertate, pentru înfrîngerea forței brute, a constituit un port-drapel.

Au existat mulți comandanți, care, apelînd la demnitate, au mobilizat total elanul oamenilor ; au fost și cîțiva care nu au fost la fel.

Primii au reușit împreună cu oamenii lor să înscrie în istoria patriei adevărate pagini de eroism.

În anii de cruntă tensiune mondială s-a remarcat o strînsă interdependență între demnitatea personală și cea națională.

Redăm mai jos cel mai edifictor exemplu dat de unul dintre veterani :

„Ni se spusese că țara e prevăzută cu un adevărat zid de cazemate, prin care nu poate pătrunde nici pasărea măiastră. Toți credeam sincer în capacitatea de apărare a patriei și în existența unor frontiere de neștirbit. Cînd în 1940 s-a produs prăbuşirea fruntariilor, fără să se tragă un glonte, fiecare dintre cei care eram chemaţi să murim, dar să nu dăm un pas înapoi, am simţit o amară ruşine. Am trăit atunci ruşinea ţării şi prin ea ruşinea fiecăruia dintre noi. Mi-amintesc că ne strîngeam în grupuri de cîte 5—6 oameni şi plîngeam ca nişte copii".

Discuţii şi interpretare

Materialul expus oferă posibilitatea unei fine analize a psihismului uman.

Din toate exemplele date reiese prezenţa sentimentului demnităţii în orice manifestare majoră a comportamentului uman.

Comportamentul uman, evoluînd pe scena socială în raport de o intenţie, de un scop, prezintă caractere bine cunoscute şi în primul rînd caracterul de act inteligent. În procesul de homonizare şi de umanizare, ca şi în cel de creaţie propriu-zisă aportul inteligenţei e de la sine înţeles. Alături de inteligenţă, o contribuţie substanţială însă, şi s-ar putea spune cu totul deosebită, a adus sentimentul.

E posibilă realizarea unor roboţi care să depăşească, în unele privinţe, capacitatea de rezolvare de probleme a omului, ca şi pe cea de acţiune. Se ştie totuşi că roboţii acţionează printr-o programare. Nu-s capabili de sentimente şi de motivaţii. Printr-un act de programare din partea creatorilor lor pot invada terra şi distruge viaţa, dar nimic mai mult.

Ne putem imagina şi existenţa unor finţe extraterestre, detate cu o inteligenţă diabolică şi stăpînind o tehnică uimitoare, care ar putea acţiona asupra terrei la fel ca şi roboţii.

Spre deosebire de roboţi şi de extratereştri, în lumea concretă a terrei, noi cunoaştem o fiinţă concretă, care răspunde la apelativul de om.

Într-adevăr, omul e o fiinţă concretă, care ca existenţă primară depinde de natură, dar care la statutul de om a ajuns printr-un lung proces istoric şi printr-o structurare a unui psihism cu note absolut proprii.

Spre deosebire de Psihismul celorlalte fiinţe, psihismul uman însemnează în primul rînd conştiinţă, conştiinţă de sine, eu.

Orice fiinţă umană e în mod concret o persoană, fundamentală de o personalitate, personalitatea constituind sistemul persoanei, persoana fiind fiinţa vie dotată cu trebuinţa şi cu pulsiuni.

Atît persoana, cît şi personalitatea, se referă la un eu, iar eul la o conştiinţă de sine, conştiinţa de sine nefiind ruptă însă de conştiinţa socială şi de conştiinţa umană în general. Conştiinţa de sine la rîndu-i, în afară de funcţia pe care o are de reflectare a unui eu, şi de reflectare a factorului ambiental ca ceva deosebit de sine, reflectă şi o anumită poziţie a insului, un anumit statut şi anume statutul de „om".

Poziţia de om în conştiinţă reprezintă un act de reflectare dar în egală măsură e şi un rezultat al unei iluminări continui de către cîteva sentimente, printre acestea un loc central ocupîndu-l sentimentul demnităţii.

Dicţionarul limbii române moderne explică demnitatea, printre altele, ca *autoritate morală* şi ca *prestigiu.* În Larousse, dintre variatele sensuri reţinem pe cel de *„respect de sine însuşi"*.

Sprijinindu-ne pe aceste note, psihologic noi vedem în demnitate o *atitudine* şi un *sentiment* : o atitudine în sensul întreţinerii unor interrelaţii demne (cu autoritate morală şi cu prestigiu) ; un sentiment, în accepţia unei trăiri a respectului de sine insuşi şi de alţii, fiinţa umană considerîndu-se pe sine însăşi, în cadrul legii bineînţeles, o maiestate, o existenţă avînd ca atribut principal suveranitatea.

În raportul dintre atitudine şi sentiment, sentimentul constituie factorul prim, sentimentul demnităţii aparţinînd celui mai profund al conştiinţei umane, fiind trăit atît de primitivi, cît şi de civilizaţi, conducînd la conştiinţa demnităţii, aceasta din urmă reglînd într-o apreciabilă măsură conduita persoanei şi alimentînd libertatea interioară a insului.

Către aceste constatări generale converg investigaţiile noastre.

Pe lîngă acestea din cercetările noastre mai reiese că :

— lezarea demnităţii e similară cu un act de frustrare a persoanei („parcă mi se răpeşte ceva din fiinţa mea" ; „simt ceva asemănător cu a ţi se lua ceea ce-ţi aparţine" ;

— constituie un psihotraumatism sau un stress („e ca şi cum m-ar lovi cineva în inimă" ; „încerc sentimentul de nimicnicie" ; „devin ca un căzut din cer" ; „rămîn dezorientat".

— dă naştere complexului de inferioritate ;

— produce stări depresive şi de agitaţie psihomotorie ;

— dă naştere unor resentimente, după cum şi sentimentului de alienare faţă de condiţia umană.

Respectarea demnităţii, în schimb, optimizează comportamentul şi îi dă acestuia siguranţă, sens, forţă.

Dacă nerespectarea demnităţii poate produce chiar unele tulburări psihice de limită, cum ar fi nevrozele, respectarea demnităţii alimentează actul creator şi dăruirea, facilizează o bună integrare a persoanei. Cu alte cuvinte, respectarea demnităţii constituie un factor de echilibru al personalităţii şi de eficienţă a comportamentului persoanei. Nerespectarea reprezintă un factor de tulburare a echilibrului personalităţii şi de ineficienţă a acţiunii persoanei.

Din investigaţiile noastre mai reiese, de asemenea, că :

— demnitatea reprezintă o amprentă socială pe fundalul psihismului. Pentru conştiinţa individuală „demnul" şi „nedemnul" sînt apreciaţi în raport de valorile sociale şi de o scală socială. Conştiinţa demnităţii e o pătrundere a socialului în profunzimea psihismului individual. De aceea, între demnitatea personală şi demnitatea de grup etnic sau de grup statal e o strînsă interdependenţă.

Omul contemporan trăieşte în cadrul unei comunităţi etnice sau în cadrul unei comunităţi statale. Orice afectare a demnităţii naţionale sau statale afectează şi demnitatea existenţei personale aparţinătoare comunităţii naţionale sau statale.

ELEMENTE PENTRU O ANALIZĂ CONCEPTUALĂ A PROBLEMELOR DE TERAPIE ȘI CONSILIERE PRECONJUGALĂ, CONJUGALĂ ȘI FAMILIALĂ

A. Popescu
— *București*

În multe țări se practică diverse forme de terapii conjugale și familiale, psihoterapii sau socioterapii, cum ar fi : consultații și consilieri premaritale și maritale, ca și alte denumiri ce acoperă, însă, același conținut. În esență, avem de a face aici, cu probleme de educație a cuplurilor familiale aflate în situații problematice, ca și cu o serie de strategii elaborate în scopul modificării comportamentului lor pe mai multe planuri : afectiv, emoțional, demografic, sexual — în relație cu societatea și diversele grupuri sociale, etc.

Abordarea sistematică pe care am utilizat-o în mai multe cercetări, confirmă dimensiunea și complexitatea structural funcțională a familiei. Teoria lui T. Parsons, care privește familia ca pe un sistem interdependent de ansamblul societății globale, aflat în relații cu celelate subsisteme sociale, nu poate fi apreciată în mod fragmentar și univoc numai pe baza relațiilor de reciprocitate între membrii familiei. După cum este cunoscut, teoria lui Parsons cuprinde 3 aspecte : în fapt trei cadre teoretice : o teorie a funcțiilor familiei, o teorie a structurii familiale și, în fine, o teorie a rolurilor indivizilor care alcătuiesc cuplul. Aceste trei aspecte nu sînt părți izolate ale unei teorii, ci formează o totalitate care se comportă ca un întreg.

Vorbind deci despre terapia cuplului, trebuie să avem în vedere, nu numai unul sau altul dintre membrii familiei și nici suma lor, ci ansamblul interacțiunilor și situțailor posibile care afectează viața cuplului respectiv.

Din acest punct de vedere, sistemul familial posedă o totalitate caracteristică, defirită de sumativitatea membrilor săi, în așa fel încît, o schimbare a unei părți din interiorul sistemului, la nivelul unui individ, provoacă o schimbare în altă parte a sistemului, afectînd de fapt întreaga familie. Reciproc, individul nu-și poate modifica comportamentul decît în condițiile unor schimbări produse în cadrul sistemului său familial. Aceasta se datorește faptului că familia poate rezista ca atare, chiar în condițiile unor schimbări care afectează pe unul sau altul din membrii săi.

În acest sens familia posedă o calitate de emergență, care se naște din interacțiunile membrilor, de asemenea o caracteristică de echifinalitate, ca și de homeostazie internă, astfel că recunoașterea faptului că familia posedă mecanisme homeostatice care acționează ca termostate, reglînd fluctuațiile comportamentelor și tratarea situațiilor problematice ce pot apărea.

Funcționînd după reguli implicite dar și explicite, sistemul familial nu implică o cauzalitate lineară a comportamentelor în funcție de situații problematice, ci o cauzalitate, i-am spune — circulară —, în sensul că un anumit răspuns la un stimul perturbator, devine la rîndul său, un stimul care solicită răspunsuri și decizii ulterioare. La rîndul ei, această abordare poate fi completată de conceptualizarea și evaluarea procesului de comunicare familială. Atît comunicarea verbală cît și cea nonverbală. constituie mijloace cu ajutorul cărora pot fi identificate dificultățile apărute în sistemul familial.

Pentru a sintetiza punctul nostru de vedere, trebuie să subliniem că toate aceste concepte și scheme teoretice menționate trebuie utilizate *cu prudență* și *în mod selectiv* și, ceea ce ni se pare cel mai important, în mod *operațional.*

Problema operaționalizării constituie, de fapt, centrul de interes al oricărei discuții de acest gen. Va trebui deci să efectuăm analiza conceptuală, să definim conceptele cu care lucrăm, să stabilim universuri de indicatori pentru fiecare concept și, în final, să putem stabili indici operaționali.

Personal, noi am alcătuit o schemă program care dă posibilitatea unei abordări structurale a terapiei conjugale : 1. — În primul rînd, tipologia familiei (în funcție de structura sa, număr de membri, rezidență, mediul de proveniență, ocupație, vîrstă, ca și alți indicatori obiectivi ; 2. — Cupluri premaritale și familii problemă : situații problematice, conflicte familiale (se includ aici mai multe elemente : tipurile și gradele de dificultate ale cuplului respectiv : emoțional-afective, sexuale, ș.a.m.d. : definirea unei situații problemă, situații problemă obiective, situații problemă subiective, așa cum sînt percepute de membrii grupului familial : scalarea intensității conflictuale familiale, gradul de la care un anumit tip de conflict familial poate disloca unitatea cuplului : cazuri deviante în familie, procese disfuncționale în raport cu indivizii din familie și cu celelalte grupuri sociale (grupuri de prieteni, rude, grupuri de vecini, etc.) : alte probleme de asistență educațională, medicală socială în sens larg. 3. — Strategii de terapie conjugală și familială intensivă și pe termen lung ,în scop de remediere și optimizare, tipuri de competențe (după cum este cunoscut în diferite țări se practică diferite tipuri de competențe : pînă acum nu s-a ajuns la un consens unanim, dacă asemenea forme de terapie și consult premarital și marital trebuie să intre în competența organelor aparținînd fie Ministerului Educației și Învățămîntului, fie Ministerului Sănătății sau unor asociații informale — neinstituționalizate).

Și în cazul nostru, este greu de stabilit dacă medicii sînt mai competenți decît psihologii și demografii, sau dacă sociologii, antropologii și pedagogii pot asigura o consiliere mai judicioasă. Nouă ni se pare că problema trebuie discutată din alt unghi și anume, din punct de vedere al raportului formal-informal.

N-ar fi mai simplu și mai accesibil, pentru populație, n-ar fi mai eficient și operativ, decît să creem noi verigi organizatorice, noi canale birocratice, să utilizăm forţe deja existente (şcoala, policlinica, grupurile de vecinătate, asociaţiile de locatari, organizaţiile de masă şi obşteşti, etc. ?)

Desigur, este nevoie, în primul rînd, de stabilirea echipelor de specialişti. În pinia noastră, o asemenea echipă ar putea include : medicul, psihologul, demograful, sociologul, juristul, pedagogul şi reprezentanţi ai grupului menţionate. Aceste echipe ar putea, la rîndul lor, asigura instructajul necesar, animînd întreaga activitate de terapie conjugală, preconjugală şi familială, pornind de la identificarea situaţiilor problemă, de la efectuarea unor cercetări explorative, dar şi operaţionale, şi tot ele ar putea să planifice un program concret de difuzare a unor mesaje mass-media. Desigur, s-ar putea include aici, programe de cercetare pe termen lung, anchete pe loturi comparative, dezbateri operative în cadrul grupurilor respective, ş.a.m.d.

IMAGINI ALE BOLII PSIHICE ÎN CADRUL UNOR COLECTIVITĂŢI URBANE

Florica Bătrîn
— *Arad*

I. *Delimitări conceptuale. Aspecte metodologice.*

Starea de sănătate şi boală ca fenomene psiho-sociale fundamentale ale vieţii oamenilor, se reflectă la nivelul conştiinţei sociale, atît în cadrul conştiinţei teoretice, sistematizate prin ansamblul ideilor, cunoştinţelor, reprezentărilor ştiinţifice, existente la un moment dat în societate, cît şi la nivelul psihologiei sociale prin reprezentări, imagini, trăiri, stări de spirit cu un caracter nesistematizat, spontan, empiric.

Imaginile, ca structuri cognitiv-atitudinale, sînt punctul de întîlnire între elementele percepute din mediul înconjurător, modelele propuse ori impuse de societate şi experienţa nemijlocită de viaţă a persoanei. A. Richardson defineşte imaginea ca fiind „orice experienţă cvasisenzorială sau cvasiperceptuală despre care noi avem o conştiinţă clară şi care există pentru noi în absenţa acestor stimuli condiţionali care sînt cunoscuţi ca fiind capabili de a produce propriile sale duplicate senzoriale sau perceptuale şi care pot avea diferite consecinţe pentru duplicatele lor senzoriale sau perceptuale" (A. Richardson, „Mental Imagery", Springer Pub. Comp. Inc. New York, 1969). După J. Meyerson „imaginea este un tablou şi un semn ; ca tablou ea ilustrează, şi realizează, ca semn ea indică şi semnifică". Imaginile au un caracter simbolic şi implică un anumit model cultural, un sistem de valori. Ele au o puternică coloratură afectivă, constînd, de fapt, în semnificaţia pentru sine, semnificaţia subiectivă a lumii obiectuale ; imaginile, spune Ph. Chombart de Lawe, „izbucnesc adesea din neprevăzut... inconştientul joacă adesea un rol primordial" (în „Pentru o sociologie a aspiraţiilor", ed. Dacia, 1972, pag. 42). Imaginile constituie spaţiul de mediere între modele, valori, pe de o parte şi acţiunea nemijlocită a oamenilor ,atît în sensul concretizării, realizării modelelor socio-culturale deja elaborate, cît şi al conturării, cristalizării de noi modele ; astfel, conform imaginii (ideii) pe care ne-o facem despre un anumit obiect al realităţii, îi acordăm acestuia o anumită valoare, un loc mai mult sau mai puţin important în sistemul nostru de valori şi, în funcţie de aceasta, ne imaginăm un anumit comportament faţă de obiectul, fenomenul respectiv. Pe de altă parte, valoarea pe care o colectivitate (sau un individ) o acordă, determină formarea unei imagini specifice referitoare la un obiect, care, la rîndu-i, antrenează la nivelul practicii nemijlocite, un anumit comportament corespunzător promovării acestei valori. Aşa de pildă, locul pe care sănătatea îl ocupă în sistemul particular de valori al unui individ (sau grup, a unei colectivităţi), generează o anumită reprezentare a stării de sănătate şi boală, în speţă, a bolii psihice, ca abatere negativă de la valoare, ca devalorizare, degradare a personalităţii, fie de ajutorare, de încurajare, potrivit atitudinilor mai mult sau mai puţin active promovate de modelul socio-cultural de comportament. Modelele comunitare de comportament referitoare la boala psihică, includ modelul social-juridic care statuează şi normează situaţia socială a bolnavului mintal, acţiunile socio-medicale instituţionalizate, măsurile de recuperare şi profilaxie promovate de societate, sistemul de îngrijire şi asistenţă medicală a bolnavilor psihici îşi orientează comportamentul nemijlocit al oamenilor, mai mult sau mai puţin eficient, în funcţie de reflectarea lor la nivelul imaginilor pe care oamenii şi le formează despre sistemul lor de referinţă obiectual.

Deci, imaginile au un puternic rol activ, generînd comportamente mai mult sau mai puţin conforme cu modelele socialmente acceptate, uneori păstrînd o anume inerţie, aşa încît „ele pot păstra o semnificaţie în viaţa actuală, a unui obiect, a unei situaţii, a unui rol, care în afara lor ar tinde să-şi piardă sensul" (Ph. Chombart de Lauwe, „Pentru o sociologie a aspiraţiilor", pag. 46). Imaginile iau naştere într-un context social determinat, dar „ele sînt încărcate de o putere afectivă şi împrumută din amintire elemente puternic socializate." Astfel, în multitudinea imaginilor, a reprezentărilor despre boala mintală, pot coexista alături de variante actuale, izvorîte din condiţii socio-economice cunoscute stadiului actual şi care relevă o cunoaştere vagă, insuficientă, atitudini, mai puţin favorabile integrării sociale a bolnavului psihic, pasivism, viziune fatalistă, milă, respingere şi evitare. Bineînţeles, în funcţie de elementele însuşite pe parcursul experienţelor succesive de socializare a individului, reacţiile faţă de boala psihică şi faţă de bolnavul psihic, vor fi orientate, conform unei imagini tradiționale sau în virtutea unor reprezentări sistematizate, științifice.

In analiza imaginilor pe care o anumită categorie de subiecți și-o formează despre un obiect, fenomen se include, pe lîngă caracterizarea manierei în care subiecții își reprezintă obiectul respectiv, în mod necesar, și reprezentarea comportamentului corespunzător față de obiectul de referință al imaginii; astfel, reprezentarea bolii psihice la indivizii unui anumit context social este indisolubil legată de reprezentarea tipului de comportament pe care aceștia consideră că trebuie să-l manifeste față de bolnavul psihic.

Cunoașterea felului în care diferitele medii sociale își reprezintă boala psihică și comportamentul adecvat față de omul bolnav, permite previzionarea aproximativă a comportamentului afectiv, pe care orice individ aparținînd acelui mediu social, îl va manifesta într-o situație concretă față de persoanele suferind de o tulburare psihică. De aici rezultă posibilitatea intervenției în colectivitate prin acțiuni de educație sanitară care să contribuie la ameliorarea procesului de integrare a bolnavului în contextul său social. Investigarea caracteristicilor imaginii bolii mintale ca fenomen psiho-social. presupune considerarea tuturor aspectelor pe care aceasta le implică, atît a celor de ordin cognitiv, cît și a celor atitudinale și de comportament preconizat vis-à-vis de omul bolnav.

Ipoteza de la care s-a pornit, consideră că structura imaginii bolii mintale ca fenomen psiho-social, prezintă o varietate de forme orientate pe continuumul tradițional-științific, de la tipul de imagine de factură tradițională, preponderent empirică, (nivel scăzut de cunoștințe, atitudini mai puțin faxorabile integrării sociale a bolnavului, ca, indiferență, teamă, evitare și excludere), la o imagine de orientare științifică, cu un profund umanitarism (nivel de cunoaștere adecvat, activism, înțelegere, acceptare, ajutorare).

Dat fiind caracterul predominant subiectiv al imaginii, întrucît ea se constituie din semnificația pentru sine a lumii obiectuale, poate fi înțeleasă satisfăcător, doar prin raportare la suma experiențelor (cognitive și practice) pe care o anumită categorie de subiecți le-a trăit în legătură cu obiectul de referință al respectivei imagini.

Investigația a cuprins un efectiv de 125 de subiecți selectați din cadrul unor contexte sociale diferite, prin indici specifici de morbiditate prin boli psihice, tipul de activitate și structura socio-profesională diferite; astfel s-au selectat grupe de persoane fără antecendente psihiatrice, din două secții sculărie și filatură, a unei unități de industrie grea (I.V.A.) și, respectiv a unei unități de industrie ușoară (U.T.A.). Variabilele de referință au fost ruta rezidențială, sex, nivel de cultură, grad de integrare familială.

Deoarece imaginea are o puternică tentă afectivă, subiectivă, s-a considerat că un instrument de analiză adecvat este scalarea prin metoda profilelor de polaritate a conceptului de boală psihică. Prin acest procedeu se realizează „atribuirea succesivă unei noțiuni (concept) la un punct în spațiul semantic multidimensional și aprecierea prin selectarea dintr-un set de scale de ierarhizare pentru perechi de atribute“ (C. Osgood, G. Suce, P. Tannenbaun „The measurement of meaning“, University ofylinois Press, Urbana, III, 19ţ7).

S-a realizat diferențierea semantică a noțiunii de boală psihică în cadrul unui set de 60 de scale reprezentînd cupluri de adjective bipolare, selectate din sfera conotativă a termenului; selecția acestor adjective s-a făcut dintre asociațiile cele mai frecvent folosite pentru descrierea fenomenului de boală psihică (ca bază au servit convorbirile efectuate cu prilejul investigării posibilităților existente la diferite unități economico-sociale pentru sprijinirea acțiunilor de recuperare întreprinse de L.S.M.).

Profilele de polaritate rezultate în urma diferențierii semantice, precum și răspunsurile la întrebările unui chestionar axat pe problematica bolii psihice în viziunea populației eșantionate, se referă la următoarele dimensiuni (aspecte ale conceptului-imagine a bolii psihice:

a) grad de informare, cunoaștere despre boala psihică;

b) apreciere, evaluare, a fenomenului;

c) activitate, tipuri de reacție față de boala mintală și față de bolnav.

La prima dimensiune, ca indicatori s-au considerat cupluri de adjective ca: normal-anormal, haotic-ordonat, clar-confuz, destins-încordat, sociabil-însingurat, calm-agitat, fals-adevărat, logic-ilogic, apatic-inventiv, liniștit-neliniștit, sensibil-insensibil. Întrebările din chestionar vizînd testarea gradului de informare a subiecților referitor la problematica bolii psihice constau în probe de limbaj (enumerarea sensurilor unor cuvinte aflate la granița dintre limbajul de specialitate și limbajul uzual,) caracterizarea unor concepte din limbajul medical psihiatric (nevroze, schizofrenie), desemnarea celor mai frecvente boli mintale.

Dimensiunea apreciere-evaluare s-a obiectivat în următorii indicatori: cupluri de adjective ca — plăcut-neplăcut, slab-puternic, bun-rău, moral-imoral, superficial-profund, greu-ușor, cald-rece, periculos-inofensiv, fericit-nefericit, drept-nedrept, demn-nedemn — și prin întrebări vizînd atitudinea (acceptare-respingere) față de bolnavul psihic la nivelul a diverse paliere sociale (familie, grup de prieteni, mediu profesional,).

Dimensiunea activitate se obiectivează prin indicatorii: adjective bipolare — activ-pasiv, acceptat-respins, util-inutil, binevoitor-răuvoitor, ocrotit-părăsit, urît-iubit, capabil-incapabil, egoist-altruist — și întrebări vizînd reacții față de bolnavul mintal în diferite contexte sociale (familie, grup de muncă, loc de muncă, comunitate rezidențială).

II. *Rezultatele investigației.*

1. *Profile sematice ale noțiunii „boală psihică“* — Spațiul semantic (ansamblul semnificațiilor și intensitatea atitudinilor față de cuvîntul stimul, boală psihică) rezultă din aprecierea pe diferitele scale a conceptului boală psihică, relevă, ca o primă constatare, polarizarea scăzută a atitudinilor, concentrarea aprecierilor în intervalul caracteristic al neutralității afective a cuvîntului apreciat, (în jurul diviziunii 0). Peste 20% din subiecți au un profil semantic liniar, se concentrează

în zona mediană, zero. În cazul profilelor non-lineare, care denotă existenţa unei anumite rezonanţe afective a unei anumite semnificaţii a termenului pentru subiecţii investigaţi, cca. 40—60% din răspunsuri, se plasează pe diviziunea zero, în spaţiul de indecizie, de indiferenţă, informare scăzută în legătură cu fenomenul la care se referă cuvîntul stimul.

Se constată că : — la nivelul întregului eşantion, noţiunea stimul, boală psihică, este mai frecvent corelată cu asociaţii negative : astfel, boala psihică apare subiecţilor ca ceva urît neplăcut, nefericit, rău, anormal, violent, agitat, confuz, însingurat, periculos. Atitudinile subjacente acestor asociaţii sînt mila, oarecare teamă, tendinţa de evitare a bolnavului mintal, de ocolire a acestuia.

— Variabilele de referinţă care introduc o oarecare diferenţiere a profilelor atitudinale sînt constituite de mediul de rezistenţă şi mediul de provenienţă al subiecţilor, respectiv ruta rezidenţială a subiecţilor. În acest sens, se constată următoarele :

— la grupa de populaţie urbană (la care mediul rezidenţial şi mediul de provenienţă coincid, indicele de mobilitate socială a acestor subiecţi cu status socio-ocupaţional de muncitor este scăzut) ansamblul conotativ al cuvîntului boală psihică este mai divers, mai bogat în semnificaţii. Astfel, boala psihică este apreciată mai ales ca fenomen negativ, asociaţiile negative cel mai frecvent subliniate fiind : urît, antipatic, violent, anormal, periculos, inert, încordat, respingător, rece, slab, pustiu, nedrept, absent, izolat, inutil, ceea ce denotă atitudini de teamă, indiferenţă, acceptare dificilă pînă la excludere. În virtutea acestor evaluări, e foarte greu de presupus că un bolnav va fi uşor integrat într-un anumit grup social, i se va accepta compania, sau i se va accepta îndeplinirea unui anumit rol social adaptat capacităţilor sale ;

— la grupa de populaţie provenită din rural, dar rezidentă în urban (subiecţii acestui grup se caracterizează, în general printr-un indice elevat de mobilitate socială, întrucît stabilirea în urban a fost cel mai adesea însoţită şi de parcurgerea unei distanţe sociale de la o categorie socio-ocupaţională inferioară la o categorie superioară şi de adaptare la un nou mediu social) profilul semantic rezultat se caracterizează prin frecvenţa mai mare a asociaţiilor negative ca : urît, anormal, neplăcut, nefericit, agitat, violent, însingurat, urmînd cu o frecvenţă mai mare profile de intensitate zero. Atitudinile care se degajă sînt mila, o anumită înţelegere, indiferenţa şi o anumită tendinţă de evitare ;

— populaţia provenită din rural care face zilnic naveta la locul de muncă (indicele de mobilitate al subiecţilor din acest grup este relativ scăzut, întrucît este vorba despre persoane care, în majoritatea cazurilor şi-au păstrat un status socio-ocupaţional dublu şi au atins un nivel de calificare scăzut) se constată un profil similar cu cel al categoriei analizate mai înainte a populaţiei rural-urbane. Predomină profilul liniar, centrat pe diviziunea zero ; asociaţii negative se prezintă cu adjectivele : urît, anormal, periculos, agitat, nefericit, iresponsabil, neajutorat. Atitudinile care se degajă sînt indiferenţa în primul rînd, apoi mila şi puţină înţelegere, teamă şi o foarte palidă propensiune spre protejare.

Analiza similarităţilor de scalare (calculul coeficientului de concordanţă între modalităţile de scalare pe diferite scale sau dimensiuni ale spaţiului semantic desemnînd proporţia cazurilor care au scoruri identice raportat la totalul de cazuri) relevă existenţa unor valori scăzute (mai mici decît 0,20 cu polarizarea răspunsurilor în jurul asociaţiilor negative amintite mai sus şi, mai ales, a intensităţii neutre, zero. Aceasta este o caracteristică a profilului fiecărui grup de populaţie analizat.

La nivelul întregii colectivităţi de subiecţi, există similitudini de scalare pe diferite dimensiuni ale spaţiului semantic, din care rezultă configurarea unei imagini despre boala psihică ca fenomen negativ (aceste similitudini denotă preeminenţa valenţelor negative-periculos, însingurat, respingător) ;

— relativ la structurarea imaginii pe cele trei dimensiuni — grad de informare apreciere, activitate — se remarcă, ca o trăsătură generală, pe dimensiunea activitate un profil aproape liniar, orientat în jurul diviziunii zero ; doar pe o singură scală vizînd dependenţa de boală, se observă existenţa unei polarizări de intensitate maximă negativă, aceasta în cadrul grupei de populaţie rurală ; probabil că, această apreciere a bolii psihice ca fiind puternic corelată cu adjectivul de valenţă negativă desemnînd starea de dependenţă, neajutorare a bolnavului psihic, va declanşa din partea anturajului dorinţa de a-l proteja, de a-l ajuta, de a face ceva pentru el. Pe dimensiunea cognitivă se constată de asemenea diferenţe, prin faptul că, populaţia din mediul urban prezintă un grad mai mare de informare asupra acestui subiect, comparativ cu celelalte două grupe de populaţie, aceasta datorită faptului că, în mediul urban incidenţa mai mare a bolilor psihice influenţează procesul de impregnare semantică a indivizilor relativ la starea de boală mintală desemnată prin termenul de boală mintală. Pe plan comportamental, al reacţiilor faţă de omul bolnav, aceasta se repercutează în mod pozitiv, determinînd o orientare mai realistă, mai adecvată, putînd favoriza integrarea socială a bolnavului psihic.

2. *Interferenţe socio-culturale în reprezentarea bolii psihice de către colectivitate.*

Analiza experienţei cognitive a populaţiei investigate relativ la problematica bolilor mintale reflectă dimensiuni reduse ale spaţiului conotativ al cuvîntului desemnînd acest fenomen, rezonanţa subiectivă scăzută a fenomenului. Astfel, punctajul obţinut de subiecţi la întrebările corespunzătoare din chestionar, se înscrie într-un spaţiu de variaţie restrîns, între un nivel foarte scăzut (zero) şi cel mult un nivel mediu pentru majoritatea subiecţilor. În acest sens, la întrebările vizînd enumerarea tuturor sensurilor unor cuvinte din sfera problematică a bolii mintale se obţin următoarele rezultate: 59% din răspunsuri dețin un nivel foarte scăzut — punctaj zero, 14% sînt cotate cu un punctaj relevînd un nivel scăzut (s-au enumerat echivalentele semantice pentru un singur cuvînt), 23% obțin un punctaj mediu (se cunosc echivalentele semantice pentru două cuvinte), iar numai 4% au un punctaj înalt (se cunosc echivalentele semantice pentru toate cuvintele stimul). Diferențe mai semnificative se constată în funcție de mediul de rezistență, în sensul că, ponderea mai mare a răspunsurilor cotate cu zero puncte o dețin subiecții din mediul rural; populația rural-urbană se apropie mai mult de populația rurală, din acest punct de vedere. Pregătirea școlară a subiecților prezintă o corelație sesizabilă cu punctajul obținut: cu cît crește nivelul de școlarizare, gradul de informare al subiecților despre problematica bolii mintale, crește.

Deoarece creșterea nivelului de școlarizare este un fapt care însoțește procesul de mobilitate rezidențială a populației, în ultimă instanță, diferențierile constatate în nivelul de informare, după mediul de rezidență al subiecților, se datoresc în mare parte variabilei nivel de pregătire, alături de specificul mediului urban care prezintă indici mai înalți de îmbolnăvire prin boli psihice, constituind la nivelul experienței nemijlocite, surse de informare mai variate.

De asemenea pentru explorarea nivelului de cunoștințe a populației despre boala mintală, s-a testat gradul de informare în legătură cu noțiuni desemnînd boli mintale cu incidențe diferite în colectivitate: nevroze, schizofrenie, oligofrenie. Punctajele obținute relevă ponderea mare a răspunsurilor cotate cu zero pnucte, (52,0%); 48% din cazuri oferă răspunsuri obținînd un punctaj scăzut, ca urmare a stăpînirii unor cunoștințe vagi, întîmplătoare, nesistematizate. Relativ la conținutul răspunsurilor, punctajul maxim revine nevrozelor (5ț,3%), urmînd schizofreniia (cu 35%) și pe locul trei oligofrenia. (cu 11,7% din totalul cazurilor care au obținut un punctaj diferit de zero).

De altfel, se cunosc destul de puține lucruri și despre aria de răspîndire a bolilor psihice: 56% din cazuri nu știu care sînt bolile psihice cele mai răspîndite, 10,9% din cazuri apreciază ca fiind cele mai răspîndite boli psihice, ceea ce se înțelege îndeobște prin expresia — boli de nervi — nevrozele întrunesc părerea maiorității ca fiind cele mai răspîndite boli psihice cunoscute.

3. *Locul factorilor sociali ai bolii psihice, în imaginea despre boală.*

După cum s-a arătat în definiție, imaginea este locul în care se întîlnesc elementele percepute din mediul social în care subiectul este implementat cu date despre modelele sociale de comportament, valori, și experiențele de viață proprii ale subiectului. Cum se reflectă mediul social al subiecților investigați în imaginea acestora despre boala psihică? Se estimează în cca. 77,8% din cazuri existența unui determinism social a bolii (în 13,6% din cazuri se apreciază ca factori de risc ai bolii psihice, factori psihobiologici, iar 9,6% dintre subiecți nu-și dau seama ce anume stă la originea îmbolnăvirii psihice). Boala psihică este înțeleasă ca fiind efectul suprasolicitărilor individului (cca. 20% din răspunsuri), al diferitelor forme de insatisfacție în raport cu mijloacele de care dispune, cu condițiile de viață pe care le are (15% din cazuri). Distribuția cvasiuniformă a frecvențelor corespunzătoare diferitelor categorii de răspunsuri (fapt rezultat din calculul indicatorului energie informațională a răspunsurilor) se datorește considerării nu atît a unui factor sau a altuia la originea îmbolnăvirii, cît a influenței conjugate a acestora (suprasolicitarea, stressul, în funcție de un anumit fond psihobiologic al individului, suprasolicitare și un anumit stil de viață, insatisfacții pe diverse planuri și un anumit stil de viață, etc).

Dintre factorii psihosociali, indicele cel mai înalt de influență în producerea bolilor mintale revine unor factori de ordin familial, carențe ale relațiilor interpersonale din cadrul familiei (61,6% din cazuri acordă acestora un rol foarte important în producerea îmbolnăvirilor psihice).

Urmează, conform părerii subiecților investigați, cu un aport morbigenetic foarte important, oboseala (59,2% din răspunsuri), un factor de ordin economic condiții de locuit nesatisfăcătoare (conform părerii a 50% dintre subiecți), relații carențiale la locul de muncă și alcoolismul (54,4% din cazuri). Referitor la primul factor, carențe ale relațiilor familiale, o diferență se constată în aprecierea contribuției acestui factor la geneza îmbolnăvirii psihice, în funcție de sex; astfel, pentru femei, aspectele negative ale relațiilor familiale, au o valență morbigenetică mai mare decît pentru bărbați, în schimb, aceștia apreciază ca fiind mai importante aspectele negative ale relațiilor de muncă, indiferent dacă este vorba despre familiști sau celibatari.

Oboseala ca factor de risc în îmbolnăvirea psihică este subliniat mai ales de femei, deși aproape în egală măsură, atît bărbații cît și femeile apreciază că viața devine astăzi tot mai obositoare, atît în mediul urban, cît și în mediul rural.

Aceste impresii de oboseală, care adesea, nu corespund perceperii unui fapt real, ci, stau ele însele la originea oboselii reale, rezultă, după cum se subliniază în literatura de specialitate, din dezacordul real dintre aspirațiile persoanei și condițiile sale de viață, dintre universul trăit și reprezentarea unui univers posibil.

Pentru populația investigată, aceste impresii de oboseală sînt apreciate ca fiind produse de suprasolicitarea fizică și nervoasă, din tempo-ul de viață cotidiană, amenajarea spațiului urban (aglomerația, servicii sociale nesatisfăcătoare,) insatisfacții pe multiple planuri, stressurile zilnice; mai ales populația de proveniență rurală invocă aceste motive de viață obositoare, întrucît ea a trebuit să parcurgă un proces de adaptare la modul de viață urban de asemenea, populația feminină, trebuind să facă față unei diversități de roluri, și indivizii cu un nivel de calificare dobîndit prin școala proesională și care se recrutează mai ales din cadrul populației de proveniență rurală.

4. *Percepția socială a bolii psihice și statusul perceput al bolnavului psihic.*

Deoarece imaginile, mai mult sau mai puțin elaborate, comportă o anumită forță activă în raport cu sistemul lor de referință obiectul rezultă că în speță, maniera în care membrii unui grup social își reprezintă boala psihică, generează în raport cu aceasta, din partea grupului social respectiv, un set de așteptări specifice față de omul bolnav, anumite dispoziții acționale ale grupului, care condiționează procesul de integrarea bolnavului psihic în societate.

Practic, maniera în care anturajul decodifică boala psihică este funcție de stăpînirea codului acestei forme de comunicare socială, respectiv, de cunoștințele despre boală, și, de asemenea, în contextul unui anumit sistem de valori și al reprezentărilor despre diferite roluri sociale, într-un anumit grup social (familie, grup de muncă, grup de prieteni).

Eșantionul investigat prezintă următoarea situație : 32,8% din subiecți nu cunosc nimic despre modalitățile de manifestare ale bolii psihice, 12% dintre subiecți consemnează modificările produse de boala mintală în raporturile individ-societate (comportament în familie, la locul de muncă, în societate, dificultăți în relațiile interpersonale, imaginea despre lume falsă, randamentul personalității (pierderea controlului conștiinței, gîndire ilogică, modificări în sfera atenției și memoriei, iritabilitate, neliniște, oboseală, etc) 17% sînt cazurile care notează modificări la nivelul expresivității-limbaj, gesturi, mimică), restul de 24,2% invocînd consecințele bolii atît la nivelul personalității cît și asupra integrării sociale a bolnavului psihic. Consecințele de ordin social ale bolii psihice care se manifestă în modificarea statusului social al bolnavului, constau în primul rînd în scăderea adaptabilității în relațiile sociale, incapacitatea fixării unor scopuri și a realizării acestora, incapacitatea de a elabora decizii, dependența față de anturaj. Percepția modificărilor determinate în situația socială a persoanei bolnave psihic, este influențată de cîteva variabile sociale ; astfel, pentru populația feminină, par să fie mai importante modificările produse de boală în sfera relațiilor umane și crearea unui status de dependență față de anturaj, în schimb, bărbații sînt mai sensibili la modificările din sfera relațiilor sociale și incapacitatea realizării scopurilor propuse cu sentimentul inutilității sociale.

În mediul rural, de asemenea, se apreciază că boala psihică produce modificări în sensul creării unui status de dependență.

Aceste diferențe în aprecierea modificărilor de status, se explică prin cîteva particularități ale categoriilor de populație amintite, în sensul că, reprezentarea diferitelor roluri sociale în mediul rural și pentru femei este ghidată de o orientare tradițională, rigiditate, și, de asemenea, în mediul rural există o mai mare permisivitate a relațiilor sociale, în virtutea unor atitudini caritabile, a unor valori specifice.

Boala psihică apare, mai degrabă ca un factor destructurant, producînd deteriorarea statusului social al bolnavului de anturaj, de înțelegerea și sprijinul acordat integrării sociale a bolnavului psihic ; numai într-o mică măsură, dependența de boală și teama de a pierde anumite avantaje pe care le obține ca bolnav (scutirea de anumite obligații, rezolvarea anumitor probleme sociale) conferă un caracter ireversibil modificărilor de status produse de boala psihică, formarea unui status de dependență de boală.

In funcție de reprezentarea stării de boală psihică, a consecințelor sale asupra individului și asupra grupului din care acesta face parte, se structurează și atitudinile privind locul bolnavului în societate, integrarea sa în grupul social.

Analizînd distribuția răspunsurilor la setul de întrebări referitoare la măsurarea distanței sociale față de bolnavul psihic, a atitudinilor favorabile de acceptare sau respingere a acestuia în cadrul a diferite paliere sociale (familie, grup de prieteni, grup de muncă, comunitatea rezidențială) se observă că subiecții manifestă atitudini categorice de respingere față de prezența bolnavului psihic în familie (67,2% dintre subiecți și respectiv 73,6% manifestă atitudini de respingere față de prezența acestuia în familie atît în familia proprie cît și în familia în sens larg), atitudini foarte favorabile privind rolul întreprinderii, a locului de muncă în rezolvarea problemelor sociale cu care se confruntă bolnavul (63,2% din cazuri manifestă o atitudine foarte favorabilă), și au o atitudine moderată de acceptare a bolnavului psihic în grupul de prieteni (45,6% din subiecți), în grupul de muncă (41,6% din subiecți relevă această atitudine) și calculul energiei informaționale (adică a valorii medii a frecvențelor) relevă structurarea răspunsurilor în sensul reliefării tipurilor de atitudini amintite mai sus : valoarea acestu iindicator este de 0,61, respectiv 0,50 pentru întrebările privind atitudinea familiei față de bolnavul psihic, 0,54 relativ la structurarea răspunsurilor în legătură cu rolul întreprinderii în rezolvarea problemelor sociale ale bolnavului psihic, 0,53 rleativ la structurarea răspunsurilor privind atitudinea față de bolnavul psihic în grupul de prieteni, 0,36, pentru structura de răspunsuri la întrebarea referitoare la atitudinea față de bolnavul mintal la nivelul microgrupului de muncă. In acest din urmă caz valoarea mai scăzută a indicatorului energie informațională, denotă o diferențiere mai scăzută a categoriilor de răspunsuri (favorabile, nefavorabile, a indeciziilor și a răspunsurilor denotînd o atitudine rezervată), ceea ce pledează pentru o atitudine moderată a subiecților, formulată prin răspunsul de forma — uneori de acord, alteori nu — față de admiterea în grupul de muncă din care fac parte, a unor persoane cunoscute ca fiind bolnavi psihici.

Prin urmare, rezultă că, boala psihică, constituie o problemă foarte greu suportată de familie, întrucît perturbă coeziunea grupului familial, creează dificultăți privind redistriuirea rolurilor familiale ; într-o oarecare măsură bolnavul psihic își va putea păstra locul în cadrul grupului de prieteni, va fi tolerat în grupul de muncă, cu condiția să i se poată găsi un loc de muncă care să nu impieteze asupra sarcinilor grupului, dar sprijinul cel mai consistent i se acordă bolnavului din partea societății, a întreprinderii unde a activat, prin asigurarea unui loc de muncă corespunzător, adaptat capacităților sale.

6. *Reacții față de boala psihică și integrarea socială a bolnavului psihic.*

Se consideră că „imaginea capătă progresiv o forță activă și devine o imagine ghid care antrenează anumite comportamente (Ph. Chombart de Lauwe, „Pentru o sociologie a asipirațiilor", ed. Dacia, 1972, p. 42).

Reprezentarea bolnavului psihic cu modificările percepute la nivelul personalității sale și în sfera raporturilor sale sociale, antrenează din partea colectivității anumite reacții comportamentale care-și pun amprenta asupra procesului de recuperare socială a bolnavului psihic.

Reprezentarea valenței terapeutice pe care o pot avea diverși factori sociali în viziunea pe care o au despre bola și bolnavul psihic, membrii unei colectivități,ț are o importanță deosebită pentru constituirea unui comportament adecvat față de bolnavul psihic.

Astfel, în cadrul populației investigate, numai 33,6% din cazuri apreciază că sarcina îngrijirii și recuperării bolnavilor psihici este exclusiv sarcina familiei, în timp ce, 42,4% apreciază ca fiind o problemă care privește în egală măsură familia și societatea, respectiv unitatea economică în care bolnavul a activat.

Se apreciază contribuția procesului de muncă ca fiind esențială pentru terapia și recuperarea bolnavului psihic ; peste 80% dintre subiecți, exprimă o atitudine net favorabilă folosirii activității ca modalitate terapeutică și recuperativă.

Analiza modalităților de comportament manifestate la nivelul diferitelor paliere sociale (familie, colectiv de muncă, relații sociale în cadrul comunității rezidențiale revelă o distribuție cvasiuniformă a răspunsurilor pentru diferite modalități comportamentale.

Calculul energiei informaționale relevă o diferențiere mai puternică a răspunsurilor la variabila relații interprersonale în grupul familial (0,32), urmată de variabila, tipul de activitate profesională adecvată pentru deficientul psihic (0,18), relații sociale în comunitatea rezidențială (0,17), și, diferențierea cea mai slabă, în cazul variabilei relații interpersonale în microgrpul de muncă (0,13).

Subiecții apreciază că, deorece boala psihică are consecință o anume devalorizare a personalității, bolnavul psihic, trăind penibil modificările produse de boală, va evita, în general să-și facă cunoscută boala, sistemul său de relații sociale se va reduce mult, pînă cînd familia va constitui singurul său grup integrator El va aștepta sprijin mai ales din partea familiei, dar, în egală măsură va găsi sprijin la cei din jur (prieteni, foști colegi), după cum, înainte de îmbolnăvire, a fost mai mult sau mai puțin bine integrat în grupurile sociale extrafamiliale.

Reintegrarea profesională a deficientului va decurge nu fără dificultăți dar este posibilă prin integrarea într-un loc de muncă adecvat : o muncă ușoară, cu solicitări psihice minime (conform părerii a 45,6% dintre subiecți), o muncă simplă cu efort psihic minim, sau o muncă independentă (creație, muncă manuală, de artizanat). Colectivul de muncă în care se reintegrează va manifesta mai ales înțelegere și încurajare, dezvoltînd relații pozitive de acceptare și ajutorare, în funcție de gradul de coeziune al colectivului respectiv. Totuși ,la un moment dat, există pericolul creării unor fenomene negative : stări complexuale, sentimente de inutilitate socială, datorită unei atitudini de superprotecție din partea colectivului, toleranță, excludere exagerată de la anumite obligații comune diferitelor roluri din grup.

7. *Implicații practice ale investigării imaginii bolii psihice în colectivitate.*

Interesul problemei investigate pentru acțiunile medico-sociale întreprinse în favoarea bolnavului psihic, este indiscutabil, întrucît eficiența oricărei acțiuni de acest gen, este influențată într-o măsură importantă de receptivitate față de problematica stării de boală psihică, a contextului social în care bolnavul este integrat. Actualitatea unei probleme rezidă tocmai în receptivitatea publicului, a indivizilor aparținînd unui anumit context social față de acea problemă. În ce măsură boala psihică ca fenomen psiho-social, se numără printre problemele, preocupărilor actuale ale unui anumit context social, este un fapt ce se reflectă la nivelul imaginii referitoare la acest fenomen, în gradul de structurare al acesteia, în colatura afectivă mai mult sau mai puțin pronunțată. De asemenea gradul de actualitate al acestei probleme se exprimă prin locul pe care subiecții consideră că-l ocupă cunoașterea acestei probleme printre preocupările lor actuale. Una din întrebările chestionarului aplicat se referă tocmai la aprecierea valorii de actualitate a problemei bolii mintale ca fenomen psiho-social. În 80% din răspunsuri, se apreciază că oamenii se preocupă mult mai mult în zilele noastre de păstrarea echilibrului lor psihic, în condițiile în care viața este tot mai agitată, mai obositoare.

Interesul pentru problematica bolii mintale în societate se reflectă în planul aspirațiilor vizînd sporirea gradului de informare referitor la aspecte de etiologie a bolilor psihice, modalități de tratament și posibilități de prevenire, forme de manifestare, simptomatologie. Rezultă din considerarea acestor aspirații o ierarhie de priorități privind posibile acțiuni de educație sanitară, de popularizare a cunoștințelor referitoare la problematica la care se referă aceste aspirații culturale.

De asemenea, se sugerează ca mijloace adecvate de informare în legătură cu diferitele aspecte ale bolii mintale, în primul rînd lectura folosind ca material bibliografic broșuri de popularizare, eventual se indică ca utilă completarea cu discuții, întîlniri cu cadre de specialitate, sau prin publicarea unor articole în presă, în cadrul unor emisiuni radio, Tv.

În imaginea populației despre boala psihică, un loc important ocupă și percepția actualului sistem de asistență medico-socială a bolnavului psihic. Se apreciază ca fiind necesare măsuri vizînd aspecte de cultură medicală a populației, educarea membrilor diferitelor contexte sociale (familie, loc de muncă) despre cum trebuie să se comporte față de omul bolnav, educarea bolnavului referitor la cum se poate adapta la statusul de bolnav. De asemenea, se apreciază ca modalități de eficientizare a actualului sistem de asistență medico-socială ; accentuarea preocupărilor de depistare precoce a îmbolnăvirii, măsuri care s-ar solda cu umanizarea tratamentului bolnavului psihic în actualul sistem.

Deci, pe plan acțional se degajă necesitatea dezvoltării unor programe de educație sanitară care să-și propună sporirea gradului de cunoaștere a populației despre toate aspectele caracteristice ale bolii mintale, cultivarea unor opinii, formarea unor atitudini favorabile rezolvării problematicii sociale pe care le creează integrarea socială a bolnavului psihic educarea atît a bolnavului psihic, cît şi a membrilor grupurilor sociale pentru formarea unui comportament adecvat.

Se impune cuantumului de informaţii necesare şi punerea lor într-o formă accesibilă : broşură, articole în presa locală, în reviste de largă circulaţie („Femeia", „Magazin"), mici expuneri, de pldă în cadrul unor teme din planurile tematice unor cursuri de perfecţionare organizate în întreprinderi pe probleme de relaţii umane. De asemenea se pot realiza periodic la nivel de întreprindere întîlniri cu cadre de specialitate, discuţii în cadrul unor şedinţe sindicale U.T.C.

În concluzie, rezultă că :

— nivelul de informare al subiecţilor despre boala mintală este, în general scăzut, ceea ce implică o anumită indecizie, pasivism al reprezentărilor comportamentului faţă de bolnavul mintal ; astfel, orice măsură în scopul readaptării şi reinserţiei sociale a bolnavului psihic, necesită demersuri suplimentare pentru formarea unor atitudini favorabile, pentru a trezi interes faţă de problemele sociale ale bolnavului ;

— percepţia determinismului social al bolii mintale la nivelul imaginilor existente la membrii colectivităţii, denotă considerarea la originea îmbolnăvirilor psihice, mai ales a suprasolicitării, stressului, oboselii, a diferitelor forme de insatisfacţie ;

— analiza spaţiului semantic-atitudinal rezultat din evaluarea semnificaţiei subiective a noţiunii de boală psihică, indică existenţa unor forme (profile) similare a asociaţiilor cu care termenul respectiv este corelat, în pofida unor diferenţe socio-culturale existente între grupurile de subiecţi investigaţi ;

— imaginea care se degajă din acest spaţiu semantic indică considerarea bolii mintale ca un fenomen negativ (corelat îndeobşte cu asociaţii negative : urît, nefericit, anormal, rece, slab, periculos) care generează atitudini de milă, teamă oarecare înţelegere în spaţiul de neutralizare afectivă (în jurul diviziunii zero, fiind peste 50% din răspunsuri) a cuvîntului denotă faptul că subiecţii au prea puţin idee despre ceea ce semnifică termenul de boală mintală, nu s-au cristalizat atitudini practice faţă de acest fenomen ;

— pe plan acţional, rezultă necesitatea includerii printre preocupările L.S.M. şi a unor acţiuni care nu se referă direct la omul bolnav, ci la colectivitatea în care acesta este integrat, ca : dezvoltarea unor acţiuni de educaţie sanitară axate pe aceste probleme şi avînd ca scop formarea unor atitudini favorabile, sporirea gradului de cunoaştere a populaţiei în legătură cu starea de sănătate mintală, învăţarea unor modalităţi adecvate de comportament faţă de bolnavul mintal.

The imagery as cognitive-behaviour structure, gathering elements from the environment, models the value sexisting in society with personal experience of the individual, is guiding more or less consciously the everyday behaviour of people, realizing operational schemes with intermediating role betwin the system of values, common models of behaviour and the effective behaviour in some conditions determined by the social environment. The imagery have a strong affective character, consisting, in fact, the interpretation of the information about an object, phenomen, in concordance with the experience itself considering the object, the phenomen. They also have an active, role, permitting the realization of some presumptions regarding the behaviour in comparison with the object at with the imagery refers.

Dues to this predictive function of the imagery, the investigation of the most frequent modalities was initiated to reprezent the mental disease and the behaviour adequatewith the mentally ill person. The discovery of some posibilities of interventation was also purposed through health education actions wich to favorise the improvement of the relation betwin the ill man and society.

Through the hypothesis we consider that the structure of the imagery about the mental disease, shows the existance of diverse forms, on a traditional-scientific continuum, betwin the traditional, empirical imagery (lou level of knowledge about the mental disease, less favorable attitudes for the mentally ill man a social integration, such as indifference, fear, tendency of avoiding and abviating) and a scientifically orientated and humanitarian imagery (adequat level of knowledge about the considerated phenomen, understanding and accepting activism, protection).

The research of all the cognitive, behaviourist aspects and of the types of reaction towards the phsychic disease was made through questioning a sample from 125 subjects who were also ashed to evaluate the notion of mental disease within a set of scale representing the conotative structure of the notion.

W eobserved the followings :

— the information level of the individuals about the mentaldisease is generally lou that involves a certain indecision, certain passivity of the representation of the behaviour considering the ill man ; any measuretakenforthe social readaptation and reintegration of the ill, demands in all cases extraefforts for the formation of some favorable attitudes, in order to rouse interest for the social problems of ill men.

— the perception of social determinism of the mental disease at the imagery level existing at the membres of the collectivity, shows the considerationtthat at the begining of the mental diseaseare : the high overstrain, stresses, different froms of insatisfaction and tiredness.

— the analysis of the semantic-behaviouristic structure rezulting from the evaluation of the subjective importance of the notion of mental disease, shows the existence of some forms (profiles) almost identic with the associations with ghich this term is correlated, in sppike of some socio-cultural difference betwin the investigated grops of subbjects.

— the imaginery rezulting of this semantic structure consists of the evaluation of the mental disease as negative phenomen (correlated first of alil with negative associations : ugly, unhappy, slim, cold, dangerous) all that generates attitude of pity, fear, a certain level of understanding and the wish of helping. But th egreat role of the answers concentrated in the neutral space of affectivity (over 50% from the answers). denotes the fact that the subjects have very litle idea about the notion of mental disease, they have not crystallized attitudes towards these phenomen.

— on the activity side, it is necessary to include in the preoccupations of L.S.M. ,of same measures that ar enot directly considering the ill man, but the collectivity of which he is a member, such as the developpement of some health education actions considering opinions, a greater level of information of the mass considering the mental disease and the learning of some adequate modalities of reaction towards the mentally ill man.

SLĂBICIUNILE ȘI PUTEREA PSIHIATRULUI

Șt. Kecskemeti, Alexandrina Kecskemeti
— *Oradea*

Manifestările omagiale predispun la meditație. Meditația la rîndul său permite o vacanță față de rigurozitate științifică lăsînd loc nostalgiilor și prospecțiunilor mai subiective.

Autorii se aventurează să numească metapsihiatrie totalitatea tentativelor teoretice care se referă nu la obiectul psihiatriei ci la psihiatria însăși.

Astfel înțeleasă, metapsihiatria își are originea pe de o parte în demersurile la care este constrîns psihiatrul pentru a-și defini poziția față de propria sa profesiune, pe altă parte competență, de nepsihitrii despre psihiatrie.

Tezaurul de metateorii ornează azi cu un nimb uneori pitoresc, în mod inevitabil, declarat sau ascuns în context uneori discuție psihiatrică generînd un lanț al slăbiciunilor de care nu se poate scăpa cu ușurință.

Autorii consideră una din aceste slăbiciuni faptul că în ultimul secol — tocmai secolul în care psihiatria devine realmente psihiatrie — aproape întotdeauna de pe poziții doctrinare, uneori de-a dreptul dogmatice, psihiatrul recurge la tehnici dialogologice rafinate pentru a-și argumenta opiniile în agora, părăsind atmosfera reținută a aulelor academice.

Primele dovezi ale acestei „metode" datează din epoca marilor demonstrații despre histerie la Salpetriere și se constituie ca practică uzuală odată cu penetrarea ideilor psihanalizei în saloanele vieneze apoi pe trotuarele inteligenței de fin de siécle.

Orice știință generează firesc și pasiuni și polemici dar poate nicăieri nu există atîtea discuții, pe cît de sterile pe atît de pătimașe, ca în aria metapsihiatriei. Desigur autorii nu pot nega rolul de ferment jucat de exhibiționismul metapsiatriei în științele umane, artă și filosofie, dar se întreabă cît profită psihiatria în urma sa ?

Imaginîndu-și psihiatria ca o știință în statu nascendi, autorii consideră o altă slăbiciune a psihiatrului perseverarea în pseudotradiții, într-un cult al idolilor acceptați sau nu, dar față de care se simte obligat să se justifice oricum la fiecare pas înainte. Astfel în loc să fie mîndru de faptul că știința sa în permanentă schimbare are o istorie proprie, un trecut venerabil, el cultivă ca și cînd ar fi vii, vestigii monumentale dar inoperante.

La toate acestea se mai adaugă sub egida interdisciplinarității și influența seductivă a acelor autorități culturale trecătoare, care în succesiunea modelor intelectuale ale veacului, au folosit și psihiatria ca piatră de încercare a ideilor lor.

Reacția față de tradiționalismul prost înțeles poate duce la respingerea unor valori autentice, dobîndite prin încercare și succes, în practica cotidiană concretă. Exemplul cel mai la îndemînă este așa zisa antipsihiatrie.

Astfel un conflict diacronic, intergenerațional, desfășurat pe planul metateoriilor psihiatrice complică perenul conflict sincronic, doctrinar în detrimentul prestigiului științific al psihiatriei și cu evidente influențe negative asupra practicii efective. Nu se discreditează în agora niciodată cutare sau cutare doctrină ci mai ales tacticile și strategiile diagnostice, profilactice și terapeutice valide.

Însă domeniul cel mai bolnav al psihiatriei dincolo de motivele reale — dificultatea de a defini echivoc facticitățile obiectului psihiatriei — este limbajul psihiatrului. Trebuie recunoscut faptul că terminologia psihiatrică este intens poluată de incertitudini de origine metapsihiatrică. Nu puțini termeni au devenit polisemici din acest motiv.

Dovada acestei realități este existența numeroaselor dicționare psihiatrice care dincolo de utlitatea lor practică, imediată, atestă și o dureroasă indiferență față de elaborarea unui vocabular psihiatric consistent.

De aci o altă mare slăbiciune a psihiatrului acuzat pe bună dreptate și așa, cum că vorbește prea mult. Datorită polisemiei de origine metateoretică a semenilor săi el devine incapabil de un dialog autentic nu numai cu colegul său psihiatru ci și cu reprezentanții altor discipline cu care confruntările devin din ce în ce mai imperative.

Motivul e simplu, nu se vorbește clar fiindcă nu se mai poate vorbi clar. Tabula rasa nu se mai poate face, tentativele hermeneutice se fac prin firea lucrurilor în metalimbajul psihiatric iar o reverificare a conținutului fiecărui termen utilizat ar presupune o muncă titanică. Din păcate Hercule este doar figură mitologică.

Și fiindcă nu e posibil a epuiza lista slăbiciunilor, în schimb meditației prezente trebuie pus capăt, autorii analizează în altă ordine de idei încă o slăbiciune.

Psihiatrul este și rămîne tributar nu numai realității care îl înconjoară ci și propriei sale subiectivități. Mai mult, subiectivitatea sa face parte din propriul său arsenal de mijloace devenind unul din instrumentele sale de lucru.

Prin angajarea subiectivității sale în profesiune, el adesea confundă psihiatria sa, cu omenia sa, depășindu-și competențele.

Autorii prinși firesc și ei în această capcană aplaudă acest angajament dar deplînd totodată lipsa de putere a psihiatrului confruntat cu o opinie publică încă puternic înfricoșată de miturile suferinței mintale, a unor imagini arhaic-culturale care confundă obiectul simplu al psihiatriei cu periculozitatea socială.

Nu întotdeauna societatea și foarte rar pacientul psihiatrului este în măsură să-și formuleze pretențiile. Rar psihiatrul recunoaște cît poate și de unde nu mai poate ajuta. De aci suprasolicitări în direcții sterile și neglijarea „teritoriului" de eficiență maximă.

În încheiere autorii se simt obligați a pune întrebarea, atunci în ce constă puterea psihiatrului ?

Răspunsul nu este ușor de formulat deși fiecare din noi intuiește că principala noastră forță este legătura concretă cu realităţile pacienturii noastre. Fără a putea mîntui societatea de suferinţă umană, psihiatrul poate interveni în destinul concret al celui care suferă sau este predispus să sufere.

Pentru a putea face faţă cu onoare acestei nobile sarcini, se cere însă ca el să se aplece cu mai multă grijă asupra propriului său instrument de lucru — psihiatria —; pentru a se face înţeles să-şi verifice foarte atent vocabularul; pentru a scăpa de cîntecul de sirenă a doctrinelor să-şi formeze un sistem deschis şi divergent de gîndire şi să aibă puterea de a suporta valul de oprobiu în momentul în care va fi etichetat eclectic.

INTERINFLUENŢELE DINTRE FACTORII PSIHO-SOCIO-PROFESIONALI ÎN PATRU SECŢII ALE UNEI ÎNTREPRINDERI DE TRICOTAJE

Gh. Bălăceanu
— *Iaşi*

Ridicarea nivelului integrării socio-profesionale se va realiza în măsura în care vom cunoaşte interrelaţiile dintre factorii care o condiţionează. Acesta fiind scopul lucrării de faţă, vom prezenta rezultatele unei anchete efectuate prin chestionar psiho-social elaborat de noi, la 276 muncitoare din patru secţii ale unei întreprinderi de tricotaje: croit (56 cazuri), confecţii (95 cazuri), tricotat (82 cazuri) şi bobinat (43 cazuri). La secţia „croit" activitatea este monotonă, repetitivă, lipsită de contactul cu produsul finit, constînd din sortarea bucăţilor croite pentru depistarea defectelor sau nepotrivirilor de nuanţă, solicitînd atenţie, precizie manuală, rezistenţă la monotonie şi muncă în poziţie ortostatică, cu salarizare în acord individual. Ambianţa de lucru este plăcută, contactele interpersonale se pot realiza cu uşurinţă, principala nemulţumire constînd în dese nerealizări ale salariului. La „confecţii" se lucrează în zgomotul maşinilor de cusut, în ritm impus de salarizarea în acord, activitatea solicitînd atenţie concentrată, precizie manuală, rezistenţă la zgomot şi stress creat de timp şi riscul de rebuturi. Prezenţa rezultatului final al activităţii (produsul finit), şi a variaţiei modelelor, crează un grad de satisfacţie în plus faţă de secţia „croit". La „tricotat" se lucrează în zgomotul maşinilor de tricotat mai intens decît la confecţii, o muncitoare supraveghind mai multe maşini la care intervine cînd se termină bobinele sau se rup fire, activitatea solicitînd dese deplasări în perimetrul de lucru, atenţie distributivă, vizuală şi auditivă, dexteritate manuală, rezistenţă la zgomot şi muncă în poziţie ortostatică. Ca şi la „croit" posibilitatea realizării contactelor interpersonale şi prezenţa produsului finit aduc un anumit grad de satisfacţie. La secţia „bobinat", zgomotul este foarte supărător, în impulsuri dese, fiind secţia cea mai zgomotoasă întrucît depăşeşte nivelul de zgomot suportabil, activitatea bobinatoarei solicitînd rapide şi dese deplasări în perimetrul de lucru, rapiditate în intervenţie, rezistenţă la zgomot şi ortostatism şi la slaba posibilitate de realizare a comunicaţiilor interpersonale care adesea se fac prin semne, ritmul de lucru fiind impus de maşină. Dacă am face o apreciere a gradului de solicitare în fiecare secţie, pe primul loc s-ar situa secţia „bobinat" urmată de „croit, confecţii şi tricotaje".

Chestionarul administrat conţinea întrebări referitoare la condiţiile de locuit, calitatea somnului (odihnitor sau obositor), calitatea timpului liber (petrecut cu activităţi odihnitoare sau obositoare), nemulţumirile familiale, nemulţumirile la locul de muncă, adaptarea la munca în ture, aspecte ale oboselii, ataşamentul la meserie şi tendinţa de a o schimba (fluctuaţie latentă). La fiecare din aceşti factori s-a calculat în fucţie de răspunsurile care au fost cotate cu diferite punctaje, o cotă care varia între 0 şi 1 putînd fi apreciat ca fiind bun, mediu sau slab. În continuare, am realizat distribuţia răspunsurilor la toţi factorii în funcţie de primul, apoi în funcţie de al doilea ş.a.m.d., realizînd astfel combinaţia fiecărui factor cu variantele sale (bun, mediu sau slab) cu toţi ceilalţi, la fiecare din cele patru secţii. La intersecţia fiecărui factor cu ceilalţi se afla un număr de frecvenţe egal cu produsul variantelor de răspuns ale factorilor respectivi, pe baza cărora s-a calculat un determinant care ne putea indica intensitatea relaţiei dintre cei doi factori apreciată din maximum-ul posibil care oscila între —10 000 şi +10 000, valorile pozitive arătînd o relaţie pozitivă (creşterea unuia duce la creşterea celuilalt), iar valorile negative semnificînd o corelaţie inversă — creşterea unuia ducînd la scăderea celuilalt şi viceversa (pentru explicaţii amănunţite privind modalitatea de lucru rămînem la dispoziţia persoanelor interesate).

Expunem mai jos tabelele cu aceşti determinanţi la cele patru secţii investigate, în care am subliniat valorile de 3 000 şi peste, pe care le-am considerat că exprimă o relaţie de condiţionare demnă de luat în seamă între factorii la intersecţia cărora se află. Pentru uşurarea expunerii, am dat cîte o prescurtare fiecărui factor după cum urmează: condiţii de locuit (C.L.), calitatea somnului (C.S.), calitatea timpului liber (T.L.), nemulţumiri familiale (N.F.), nemulţumiri la locul de muncă (N.L.dMd), adaptare la ture (AD. T.), oboseala (OB.), ataşamentul la meserie (AT.M.), fluctuaţia latentă (F.L.). În funcţie de mărimea valorii determinantului, în tabelele de mai jos se poate vedea pe rînduri cît de mult influenţează factorul respectiv (primul din rînd) asupra celorlalţi, iar pe coloană, cantitatea de influenţă recepţionată de fiecare factor (primul din coloană) din partea celorlalţi.

Tabel nr. 1

SECȚIA „CROIT“

	C.L.	C.S.	T.L.	N.F.	N.LdM.	AD.T.	OB.	AT.M.	F.L.
C.L.	—	*4 580*	1 660	*3 530*	—940	1 509	834	1 661	1 140
C.S.	1 068	—	2 460	1 770	940	2 106	1 553	970	370
T.L.	386	2 389	—	2 760	2 070	927	857	942	—79
N.F.	873	2 210	2 610	—	1 260	1 261	698	507	430
N.LdM.	—216	960	2 130	1 200	—	854	548	1 103	150
AD.T.	804	*4 840*	2 170	2 730	1 440	—	1 276	1 665	*3 000*
OB.	729	5 820	3 270	2 450	1 820	2 046	—	910	1 730
AT.M.	1 070	2 670	2 670	1 330	*3 000*	701	467	—	*10 000*
F.L.	340	470	—460	510	1 090	1 864	590	*4 656*	—

Tabel nr. 2

SECȚIA „CONFECȚII“

	C.L.	C.S.	T.L.	N.F.	N.LdM.	AD.T.	OB.	AT.M.	F.L.
C.L.	—	2 370	1 740	—630	—370	80	690	—373	—130
C.S.	753	—	1 770	—350	1 110	758	1 578	1 021	940
T.L.	747	1 510	—	—80	—210	380	1 568	374	310
N.F.	—239	—420	—110	—	150	91	1 098	—954	210
N.LdM.	—125	1 160	—260	130	—	273	1 169	—93	—680
AD.T.	141	*4 140*	2 430	430	1 430	—	2 258	*3 371*	*3 570*
OB.	264	2 280	2 640	1 320	1 620	878	—	1 430	2 140
AT.M.	—257	2 190	940	1 070	—200	1 316	2 122	—	*10 000*
F.L.	—55	1 200	470	230	—830	832	1 900	*5 971*	—

Tabel nr. 3

SECȚIA „TRICOTAT“

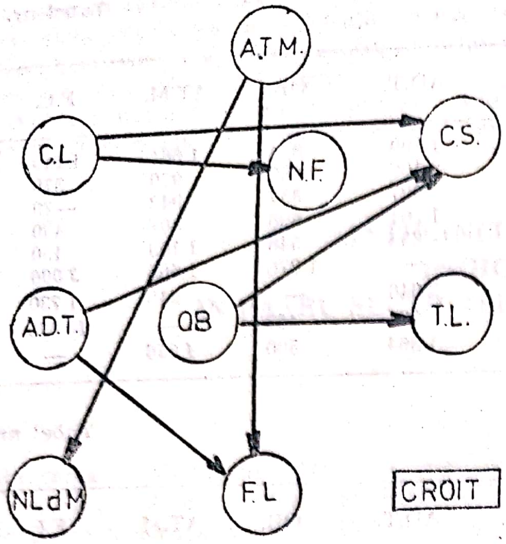
	C.L.	C.S.	T.L.	N.F.	N.LdM.	AD.T.	OB.	AT.M.	F.L.
C.L.	—	2 440	1 350	333	*3 460*	—315	*2 993*	231	2 210
C.S.	451	—	0	950	2 840	447	2 067	536	1 340
T.L.	159	0	—	1 220	2 680	—462	336	453	—250
N.F.	254	1 310	2 040	—	630	178	719	118	640
N.LdM.	533	2 380	2 710	380	—	468	1 085	—179	190
AD.T.	—154	1 190	—1 500	350	1 500	—	*4 020*	118	2 460
OB.	855	*3 190*	640	800	2 020	2 321	—	499	1 850
AT.M.	110	1 320	1 360	210	—540	108	803	—	9 290
F.L.	416	1 370	—310	470	230	944	1 230	*3 832*	—

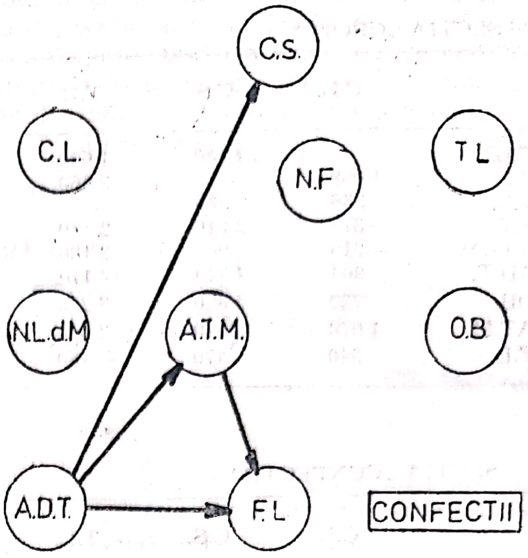
Tabel nr. 4

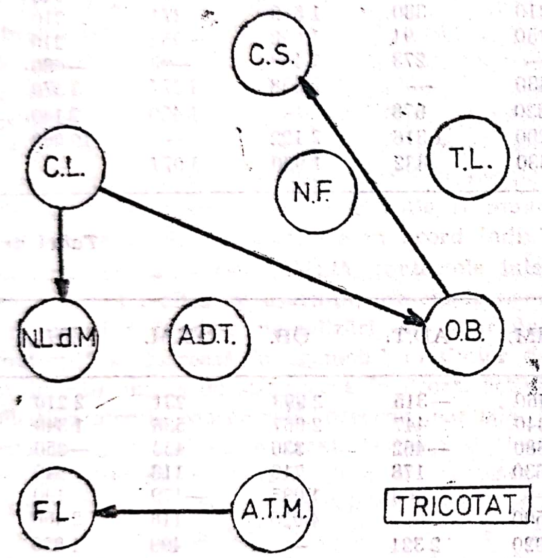
SECȚIA „BOBINAT“

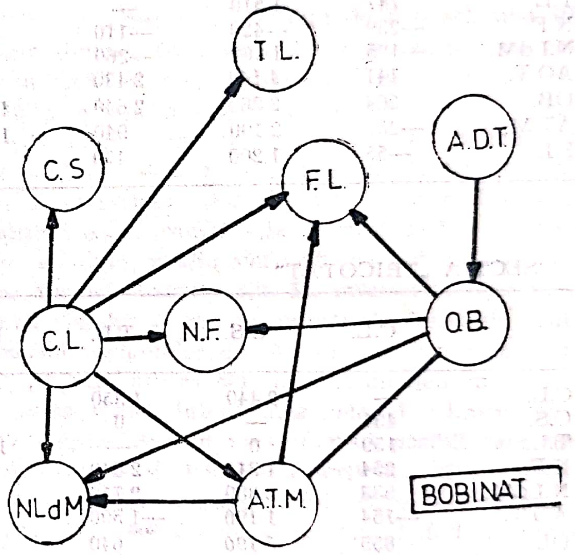
	C.L.	C.S.	T.L.	N.F.	N.LdM.	AD.T.	OB.	AT.M.	F.L.
C.L.	—	*5 140*	*3 540*	*3 400*	*3 940*	—68	1 604	2 999	*3 000*
C.S.	1 829	—	2 380	1 900	2 380	—70	1 046	1 949	2 570
T.L.	53	2 162	—	—560	—240	—864	1 167	990	1 750
N.F.	1 66	2 620	—854	—	1 960	422	2 940	911	1 270
N.LdM.	1 279	2 162	—240	1 300	—	519	2 728	1 257	1 750
AD.T.	—96	—280	—*3 810*	1 250	2 280	—	*3 812*	761	1 250
OB.	1 089	2 000	2 453	*4 090*	*5 730*	1 818	—	2 730	*3 640*
AT.M.	2 885	*5 260*	2 950	1 790	*3 730*	—60	*3 840*	—	*10 000*
F.L.	1 363	*3 270*	2 453	1 180	2 453	395	2 424	4 728	—

Luînd deci în considerație determinanții a căror valoare este de 3 000 și peste (deși sîntem de părere că relația între doi factori nu trebuie neapărat să fie semnificativă statistic pe motivul că această relație influențează un număr mic de indivizi — ceea ce e nesemnificativ statistic — dar acest număr de indivizi vor suferi respectiva influență), iată cum se prezintă interinfluențele între factorii studiați în cele patru secții:









Tabelele cu determinanţii ne pot oferi însă informanţii mai complete privind influenţa emisă de fiecare factor asupra celorlalţi. Astfel, vom putea observa de exemplu la secţia „croit“ cum condiţiile deficitare de locuit vor influenţa în primul rînd calitatea somnului (determinantul cel mai mare — 4 580) determinînd nemulţumiri familiale (3 530), vor afecta timpul liber (1 760) şi chiar ataşamentul la meserie, indirect, prin creşterea oboselii şi a nemulţumirilor la locul de muncă care vor influenţa adaptarea la munca în ture (1 509) şi vor duce la fluctuaţie latentă (1 140). În acest mod, se poate analiza influenţa fiecărui factor la fiecare secţie, mai mult însă ne va interesa care din factori suferă mai multă influenţă din partea celorlalţi, ceea ce vor obţine privind pe coloane. Acordînd — pe rînduri — puncte de la 1 la 8 în ordinea mărimii determinantului, obţinem ordinea în care sînt influenţaţi ceilalţi factori de cel în cauză. Pe coloană, se poate apoi uşor vedea la fiecare factor care influenţă se manifestă în primul rînd, în al doilea, ş.a.m.d. Analizînd în acest mod, am putut observa că pe primele trei locuri, factorii care suferă cea mai multă influenţă şi vor fi deci şi cei mai vinovaţi de manifestările dezadaptative, sînt : calitatea somnului, oboseala, calitatea timpului liber, nemulţumirile la locul de muncă, şi nemulţumirile familiale. Aceştia deci sînt factorii asupra cărora va trebui intervenit în primul rînd pentru a-i ameliora. Însă din partea cui suferă ei cea mai multă influenţă ? Răspunsul ne va ajuta să depistăm cauzele şi le vom vedea privind tot pe coloană. Analizînd numai cei cinci factori care se află pe primele trei locuri, iată cauzele la cele patru secţii :

Tabel nr. 5

	CROIT	CONFECŢII	TRICOTAT	BOBINAT
C.S.	OB., AD.T., C.L.	AD.T., C.L.	OB., C.L., N.F.	AT.M., C.L. N.F.
OB.	C.S., AD.T.	AD.T., AT.M., C.S.	AD.T., C.L., C.S.	AT.M., AD.T., N.LdM.
T.L.	OB., N.F., C.S.	OB., AD.T., C.S.	N.LdM., N.F.	C.L., OB., C.S.,
N.LdM.	AT.M., T.L., OB.	OB., AD.T., C.S.	C.L., C.S., T.L., OB.	OB., C.L.
N.F.	C.L., T.L., AD.T., OB.	OB.	TL., C.S.	AT.M., C.S., OB., C.L., C.S.
F.L.	AT.M., AD.T.	AT.M., AD.T.	AT.M., AD.T., C.L.	AT.M., OB., C.L., C.S.

Sintetizînd la toate secţiile şi dînd la o parte diferenţele dintre ele care pot fi văzute în tabelul de mai sus, calitatea somnului va fi influenţată de gradul de oboseală, de condiţiile de locuit, de nemulţumirile familiale şi de gradul de adaptare la munca în schimburi. un slab ataşament la meserie. Timpul liber îşi va satisface valenţele în funcţie de gradul de oboseală, de timpul de somn necesar recuperării capacităţii de muncă, de nemulţumirile familiale. Nemulţumirile la locul de muncă vor apărea odată cu un somn neodihnitor care va întreţine oboseala afectînd şi timpul liber şi chiar ataşamentul de meserie. Nemulţumirile familiale vor fi cauzate de oboseală, somn neodihnitor, condiţii deficitare de locuit şi timp liber insuficient. Fluctuaţia latentă ca efect al slabei integrări va fi cauzată în cea mai mare parte de un slab ataşament la meserie dublat de o slabă satisfacţie, oboseală şi slabă adaptare la orarul muncii.

Iată deci, factorii deveniţi cauză principală şi asupra cărora trebuie acţionat. Ceea ce se observă este interdependenţa dintre toţi factorii analizaţi în mecanismele lor de interinfluenţare şi de aici concluzia că îmbunătăţind situaţia fiecărui factor vom putea îmbunătăţi ansamblul. Acest model de analiză a interinfluenţelor dintre factorii psihosociali şi profesionali ne poate oferi după cum lesne s-a văzut, informaţii preţioase în studiul şi activitatea de ridicare a nivelului integrării socio-profesionale în scopul reducerii la minimum a fenomenelor de dezadaptare cu tot cortegiul lor de efecte nedorıte atît pentru individ cît şi pentru societate.

It was applied a psycho-social questionnaire on 276 workers from a knit goods industry, concerning the live conditions, the sleep particularities (restful or not), the role of the free-time (restful or not), family dissatisfactions or to the workplace, the fatigue, the adaptation to the shift work, the latent fluctuation.

Quantifyng the interinfluence of each factor are established the causal factors of the insufficient integratio nin each plant-section also the interrelations between the studied factors, obtaining available informations for the study and the improvement of the socio-professional integration.

CONSIDERAŢII CU PRIVIRE LA PERFECŢIONAREA RELAŢIILOR INTERUMANE ÎN ÎNTREPRINDERI INDUSTRIALE IEŞENE

Ioana Maria Georgescu
— *Iaşi*

Cercetările psihosociologice au demonstrat că în funcţie de natura lor, relaţiile interumane pot exercita o influenţă pozitivă sau negativă asupra a cel puţin trei categorii de fenomene : 1) asupra personalităţii individului ; 2) asupra unităţii şi coeziunii microgrupurilor sociale ; 3) asupra eficienţei activităţii acestor microgrupuri, a productivităţii muncii lor.

Element component intrinsec oricărui comportament industrial, indiferent de natura societăţii şi caracterul actului productiv, relaţiile umane sînt determinate totuşi în ceea ce priveşte natura, structura şi funcţionalitatea lor, cel puţin la un anume nivel de generalıtate, de două variabile fundamentale : caracterul social-politic al societăţii, pe de o parte şi nivelul, structura şi funcţionalitatea proceselor de producţie, pe de altă parte.

In această privinţă psihosociologia occidentală căutînd să excamoteze caracterul contradictoriu, conflictual specific ţntreprinderilor capitaliste (ex. cele care se dezvoltă între muncitori şi patronat sau reprezentanţii patronatului) insistă asupra dimensiunilor psihologice, ale acestor relaţii şi consideră că optimizarea lor s-ar obţine doar prin iniţiative şi programe organizatorico-educaţionale.

Psihosociologia marxistă demonstrează convingător că într-o anumită măsură şi într-un mod specific relaţiile umane din domeniul industrial reflectă cadrul social-politic al societăţii. Astfel în timp ce în întreprinderile capitaliste relaţiile dintre muncitori şi patronat sînt în esenţă relaţii de clasă, bazate pe contradicţii ireconciliabile, în întreprinderile socialistă există temeiuri obiective doar pentru colaborare şi intrajutorare între toţi oamenii muncii.

Desigur, aceasta nu înseamnă că în întreprinderile socialiste acest factor prezintă numai aspecte care acţionează în sens pozitiv, pot să apară de exemplu conflicte interindividuale, situaţii frenatoare şi distorsiuni, dar baza acestora este exclusiv psihologică iar optimizarea se poate efectiv realiza prin măsuri organizatoric-organizaţionale.

Această delimitare operată mai sus este una generală, de ansamblu. De fapt, sub aspectul conţinutului factorul „relaţii umane" este o variabilă complexă, plurivalentă şi plurinivelară, articulată din numeroase variabile şi ele la rîndul lor mai mult sau mai puţin complexe, cum ar fi: relaţiile umane în grupele de muncă, motivaţia muncii, aprecieri şi prestigiu, moralul colectivelor de muncă, climatul psihosocial din colectivele de muncă etc. Numeroase lucrări realizate de specialişti români aduc contribuţii importante la studiul factorului „relaţii umane", din perspectiva colectivelor de muncă industriale din ţara noastră.

Cercetarea pe care am întreprins-o privind relaţiile social-umane în colectivul de muncă industrială a fost proiectată şi desfăşurată după un model de abordare cuprinzînd următoarele dimensiuni social-umane: 1) organizaţional); 2) satisfacţiile membrilor; 3) relaţiile din grupul de muncă; 4) stilul de conducere.
climatul de muncă din întreprindere (climatul orga-

Se observă că grupul joacă un rol de „releu" între climatul organizaţional şi stilul de conducere, prelucrînd informaţia, adaptînd normele organizaţiei la specificul grupului şi cerinţele membrilor. Climatul influenţează stilul şi ca variabilă independentă. La rîndul său, stilul de muncă al cadrelor de conducere determină un bun climat şi satisfacţii superioare în rîndul membrilor colectivităţii de muncă.

Plecînd de la acest „model de abordare" înfăţişat, am întreprins o cercetare ţn două întreprinderi ieşene: ca instrument de cercetare a fost utilizat un chestionar ale cărui întrebări acoperă indicatorii identificaţi pentru fiecare din cele patru dimensiuni social-umane *).

Pentru fiecare întrebare s-a oferit un evantai de răspunsuri echivalent cu un continuum psihologic cu cinci trepte de intensitate. În prelucrare s-a calculat media răspunsurilor pentru fiecare întrebare, apoi media indicatorului şi dimensiunii. Au fost investigaţi 466 subiecţi de la Ţesătoria de mătase „Victoria" Iaşi (A); 177 subiecţi de la Întreprinderea de tricotaje „Moldova" Iaşi (B). Rezultatele anchetei au fost următoarele:

I. *Climatul organizaţional*, variabilă de natură psihosociologică influenţează prin intermediul sentimentelor, moralul colectiv şi — implicit, — calitatea activităţii.

Cercetările au arătat că un bun climat fereşte pe membri de inhibiţie, le permite să se concentreze asupra sarcinilor, le stimulează participarea creativă, îi solicită să se realizeze ca personalităţi. Indicatorul unui bun climat rezultă deci din perceperea de către fiecare participant a relaţiilor sale cu colectivul, cu unitatea, cu munca sa.

Tabel nr. 1

Itemuri	Medii	
	A	B
— Condiţii tehnologice	3,14	3,05
— Condiţii de viaţă şi muncă	3,20	2,67
— Flux informaţional	3,09	2,86
— Motivaţie	3,22	2,96
— Participare la decizii	2,98	2,64
— Control organizaţional	3,57	3,20
— Structura organizatorică	3,98	2,71

Opiniile subiecţilor pentru toţi indicatorii se situează în jurul mijlocului scalei; numai în cazul unui indicativ (controlul organizaţional) se depăşeşte media scalei la ambele întreprinderi; în schimb, cele mai scăzute medii la ambele întreprinderi, s-au obţinut pentru „participarea la decizii.

Compararea acestor doi indicatori sugerează atitudinile personalului muncitor faţă de decalajul între structura ierarhică şi conducerea colectivă a întreprinderii.

Se impune identificarea factorilor care determină nepreluarea tuturor sugestiilor colective în distonanţă cu principiul conducerii colective promovat de societatea noastră.

II. *Satisfacţiile muncii* membrilor unei organizaţii sociale, se identifică prin luarea în consideraţie a trei nivele: nivelul individual, organizaţional, social. Toate aceste trei paliere ne oferă un indice global al satisfacţiei într-o colectivitate de muncă.

Tabel nr. 2

Itemuri	Medii	
	A	B
— Satisfacţia faţă de muncă	3,84	3,67
— Satisfacţia faţă de întreprindere	3,92	3,69
— Satisfacţia faţă de grupul de muncă	3,85	3,44
— Satisfacţia faţă de promovare	3,61	3,15
— Satisfacţia faţă de şeful direct	3,85	3,56

Indicii parţiali ai satisfacţiei sînt situaţi toţi între treptele a III-a şi a IV-a a scalei polarizînd spre treapta a IV-a.

Media cea mai coborîtă, deşi peste mijlocul scalei, se datorează sistemului de promovare care, credem, ar putea fi îmbunătăţit. Indicatorul global al satisfacţiei la cele trei întreprinderi, este suficient de ridicat pentru a constitui un semn al bunei integrări profesionale.

III. *Grupul de muncă* oferă fiecărui membru un cadru social de afirmare şi realizare personală. Grupul stimulează adaptarea la cerinţele muncii şi a rigorilor organizaţionale. Relaţiile din grupul de muncă exprimă dinamica statusurilor sociale ale membrilor.

---

* Pentru identificarea indicatorilor şi construirea instrumentului am utilizat ca sugestie de lucru un proiect de cercetare similar Cătălin Zamfir, Septemiu Chelcea şi Ion Mărgineanu.

Tabel nr. 3

Itemuri	Medii	
	A	B
— Încurajarea muncii	3,43	3,72
— Orientarea spre scop	3,77	3,80
— Sprijin pentru scop	3,59	3,28
— Încurajarea raporturilor interpersonale	3,48	3,38
— Ajutorul grupului pentru membri	2,83	2,66
— Capacitatea profesională a membrilor	3,57	3,45

Angajarea generală a grupului de muncă în vederea atingerii obiectivelor (incluzînd aici capacitatea profesională a membrilor şi calitatea raporturilor interpersonale) este bine apreciată. În ceea ce priveşte indicatorul „acordarea ajutorului de către grup" sînt necesare unele schimbări în mentalităţi şi comportamente interpersonale, cu atît mai mult cu cît în disonanţă cu principiul cooperării şi întrajutorării reciproce promovată de către etica socialistă.

IV. *Stilul de muncă şi de conducere*, joacă un rol important în orice organizaţie social-economică. „Stilul", înseamnă traducerea în acţiune a unei concepţii despre muncă şi viaţă, despre colaborare şi cooperare, despre relaţiile dintre oameni. Stilul este o rezultantă a climatului de muncă şi satisfacţiilor membrilor, dar şi influenţează la rîndul său, aceste variabile psihosociologice.

Tabel nr. 4

Itemuri	Medii	
	A	B
— Încurajarea muncii	3,56	3,16
— Orientarea spre scop	3,82	3,62
— Sprijin în atingerea scopului	3,76	3,51
— Încurajarea spiritului de echipă	3,46	3,13
— Centrarea pe factorul om	3,39	2,81
— Capacitatea profesională	3,81	3,32

Stilul de conducere al şefilor de echipă sau maiştrilor este apreciat ca fiind corespunzător pentru majoritatea indicatorilor.

În cazul întreprinderii (B) centrarea pe factorul om este însă nesatisfăcătoare. De altfel, medii mai scăzute faţă de ceilalţi indicatori sînt obţinute pentru încurajarea muncii şi a spiritului de echipă. Aceste constatări ar putea constitui temeiuri pentru regîndirea şi restructurarea comportamentelor în relaţiile ierarhice.

Modul de abordare propus poate constitui, pentru specialişti şi factori de decizie, un instrument de diagnostic al problematicii social-umane dintr-o întreprindere şi mai ales, o modalitate de a propune soluţii pentru dezvoltarea social-umană a întreprinderii. Este o modalitate de cercetare — acţiune, un instrument de îmbunătăţire social-economică a structurii şi proceselor organizaţionale.

CRITERII PRIVIND SELECŢIONAREA, RECRUTAREA ŞI PROMOVAREA ABSOLVENŢILOR FACULTĂŢII DE MEDICINĂ PENTRU PRACTICAREA SPECIALITĂŢII DE PSIHIATRIE

C. Postelnicu, V. Hrimiuc
— *Iaşi*

Perspectiva creşterii numărului de psihiatri este o situaţie inexorabilă a realităţilor asistenţei medicale din zilele noastre. Actualul sistem de formare a psihiatrilor fiind încă dominat de aleator şi de necesităţi stringente de moment face ca selecţionarea, recrutarea şi promovarea în baza unor criterii riguroase, multivalente a absolvenţilor facultăţilor de medicină pentru practicarea specialităţii de psihiatrie să mai rămînă un deziderat al prezentului. În pofida acestei situaţii de moment psihiatrii înşişi trebuie să aibă în vedere că statutul profesiunii lor impune pentru viitor elaborarea unor criterii pentru a aseigura prezenţa în permanenţă în cadrul specialităţii a unor persoane capabile din toate punctele de vedere (sănătate fizică şi psihică, disponibilităţi intelectuale, configuraţie morală etc.) să facă faţă unei profesiuni tot mai solicitante, cu tot mai mari angajamente şi cu responsabilităţi pe plan social, aproape de neegalat de alte specialităţi.

O primă constatare care se impune sub imperiul realităţii este că viitorii psihiatri trebuie recrutaţi în cadrul actualului sistem de pregătire a specialiştilor de înaltă calificare într-o viziune sistemică care să inglobeze în mod obligator perioada studiilor universitare medicale. Catedrele (disciplinele) de psihiatrie de la I.M.F. şi facultăţile de medicină trebuie să ia în evidenţă pe acei studenţi cu aptitudini pentru profesiunea de psihiatru şi să le cultive de o factură adecvată şi persistentă aspiraţii în acest sens. Atît la noi în ţară cît şi în alte părţi există în principiu o orientare a studenţilor şi absolvenţilor facultăţilor de medicină spre specialităţi de mare tradiţie şi permanentă competiţie precum medicina internă şi chirurgia, fiind cunoscut că printre altele acestea oferă numeroase şi mari posibilităţi de valorizare profesională şi socială celora care îşi orientează cariera către aceste sectoare de activitate. O altă realitate care nu trebuie ignorată este că elitele facultăţilor de medicină au în general preferinţe spre specialităţi medicale în afara psihiatriei şi că sondajele de opinii privind preferinţele pentru psihiatrie în comparaţie cu alte specialităţi efectuate printre studenţii din ultimii ani de facultate sau absolvenţi o situează pe aceasta printre specialităţile cele mai puţin solicitate. Avînd în vedere aceste aspecte în opinia noastră selecţionarea şi recrutarea viitorilor psihiatri se impune a nu mai avea un caracter de activitate spontană supusă vicisitudinilor realităţilor administrative şi necesităţilor de moment, ci de angajament al psihiatrilor pentru a-şi îmbunătăţi propria condiţie de corp profesional cu deosebite responsabilităţi faţă de societate. Pepinierele pentru recrutarea candidaţilor la profesiunea de psihiatru pot şi trebuie să fie în primul rînd cercurile de psihiatrie precum şi alte activităţi patronate de catedrele (disciplinele) de specialitate (redactarea şi susţinerea de lucrări de diplomă, cercetări ştiinţifice în cadrul planurilor instituţiilor de învăţămînt superior etc.). Elementele care au dovedit pe timpul facultăţii aspiraţii, disponibilităţi şi aptitudini pentru profesiunea de psihiatri socotim că este necesar să fie urmărite, îndrumate, sprijinite, stimulate prin activităţi ulterioare la nivelul cabinetelor absolventului şi altor activităţi patronate de disciplinele (clinicele) de psihiatrie. În opinia noastră fiecare catedră (disciplină de psihiatrie) trebuie să aibă în arsenalul său metodologic o evidenţă nominală a viitorilor candidaţi la profesiunea de psihiatri, să-şi alcătuiască din aceştia un veritabil activ de masă, un colectiv larg de medici tineri pentru care psihiatria a căpătat deja aspectul de aspiraţie indeniabilă de valorizare socială şi profesională. Ca o consecinţă a acestui punct de vedere considerăm că în prezent este necesară o mai mare deschidere a activităţii clinicelor de psihiatrie către reţeaua de medicină generală, antrenarea tinerilor medici generalişti la activităţi psihiatrie extra muros, cultivarea în cadrul activităţilor USSM a unor preocupări permanente de psihiatrie pentru medicul care nu şi-a profilat activitatea către o anumită specialitate.

Este lipsit de realism a susţine că viitorii psihiatri trebuie supuşi la solicitarea admiterii în specialitate unor examene ale personalităţii cu ajutorul testelor psihologice, aşa cum se practică spre exemplu în cadrul selecţiei pentru unele profesiuni în care asemenea practici s-au validat deja social şi au căpătat o consacrare doctrinală (piloţi, mecanici de locomotivă, conducători auto etc.). Considerăm că o observaţie à'la longue, într-un colectiv cu preocupări profesionale vizînd practicarea psihiatriei are mai multă fiabilitate şi valoare predictivă de realizare în profesiune în comparaţie cu o examinare psihologică reputat recunoscută a avea multe servituţi. Socotim necesar însă ca viitorii psihiatri să fie supuşi înaintea concursului de promovare în specialitate unui riguros examen psihiatric efectuat de comisii cu multă experienţă în medicina constatativă. Subliniem în mod deosebit acest deziderat pentru a preveni pătrunderea printre psihiatri a persoanelor cu tulburări mintale sau distorsiuni ale eului, a elementelor cu comportamente de factură a denatura actul psihiatric de la axiologia sa tradiţională şi a devaloriza astfel social corpul profesional al psihiatrilor.

Opiniile enunţate de noi se referă la selecţionarea şi recrutarea de psihiatri de „primă linie“, necesari nevoilor curente ale asistenţei psihiatrice cotidiene. Pentru situaţii de excepţie precum învăţămîntul superior, cercetarea ştiinţifică, activităţi în departamente cu profil special, socotim că este necesar a se lua în seamă în principiu atît criteriile generale deja enunţate cît şi normele proprii activităţii psihiatrice în aceste domenii cu profil diferenţiat.

Dincolo de fişele de caracterizare anuală, examene, concursuri, testări etc. considerăm că la recrutarea şi selecţionarea psihiatrilor trebuie să se dea în primul rînd atenţie probei de verificare în munca practică de fiecare zi în unităţi de psihiatrie a viitorilor aspiranţi la titlul de medic de specialitate. Actualul sistem de pregătire a medicilor în cadrul stagiului de trei ani după absolvirea facultăţii nu este de natură a favoriza recrutarea şi promovarea în psihiatrie a specialiştilor potrivit necesităţilor actuale ale specialităţii. Un stagiu de psihiatrie de 6 luni, la alegere, aşa cum prevăd reglementările în vigoare poate să fie perceput ca util, ca o etapă de verificare în practică a aptitudinilor pentru o profesiune de o viaţă numai de acei absolvenţi care au fost deja sensibilizaţi pentru facilităţile, avantajele ca şi servituţile şi avatarurile psihiatriei. Deoarece înaintea secundariatului acest stagiu este în prezent singura modalitate recunoscută şi acceptată oficial ca un medic să lucreze în psihiatrie în cadrul unei activităţi de medicină generală considerăm că este cazul ca asupra lui să se îndrepte cu mai multă atenţie preocuparea psihiatrilor consacraţi. În actualele condiţii de dezvoltare ale psihiatriei socotim necesar ca asemenea stagii să fie efectuate numai în anumite secţii sau spitale, capabile de a oferi acestor medici o viziune integrală, globală asupra profilului şi volumului pregătirii de specialitate a unui viitor psihiatru. Socotim necesar însă a sublinia de a nu se absolutiza scheme sau sisteme de selecţionare, recrutare şi promovare. Observaţii asupra unor cariere profesionale dintre cele mai izbutite sau chiar de excepţie arată că uneori „intruşii“ cu o bună pregătire de bază în alte specialităţi, sau chiar îndepărtată de domeniul în care sînt chemaţi să lucreze, pot să ajungă la rezultate remarcabile. Considerăm că medicii deja specializaţi în medicina internă, neurologie, endocrinologie, explorări funcţionale, medicină legală, laborator clinic etc., atunci cînd îşi descoperă o veritabilă vocaţie psihiatrică trebuie favorizaţi sau chiar stimulaţi pentru a-şi fertiliza activitatea atît în domeniul practicii psihiatrice cît şi al cercetării ştiinţifice. Lucrul acesta se traduce în fapt printr-o reciclare într-o nouă specialitate care în prezent ca şi totdeauna în trecut a avut şi are mereu nevoie de infuzii de gîndire şi tehnici noi de lucru din domenii dintre cele mai diverse. Socotim necesar a susţine acest punct de vedere oarecum insolit deoarece numai în acest mod se va putea realiza dezideratul atît de actual al unui model interdisciplinar de acţiune atît în practica cît şi în cercetarea ştiinţifică psihiatrică.

Pentru necesităţile curente de pregătire în psihiatrie a medicilor de medicină generală apreciem că este tot mai necesar ca disciplinele (catedrele, clinicele) de psihiatrie să organizeze cursuri și stagii de inițiere în specialitate de scurtă durată. Mulți din medicii tineri își vor putea descoperi în cadrul acestor stagii veritabile vocații pentru psihiatrie posibil a fi realizate ulterior în cadrul reglementărilor în vigoare pe parcursul traiectului lor existențial. Avînd în vedere faptul că mulți asemenea medici lucrează în prezent în unități subordonate Ministerului Muncii, care asigură de regulă asistență la bolnavi psihici cu evoluție îndelungată, considerăm că este necesar ca în prezent psihiatrii consacrați să acorde o atenție sporită acestei veritabile rezerve de cadre de specialitate, să le cultive aspirații de propensiune în psihiatrie, să-i atașeze spiritual, metodologic și organizatoric specialității lor.

În expunerea noastră nu socotim necesar să insistăm asupra calităților personale intrinseci pe care trebuie să le posede un viitor psihiatru. Practica recrutării pe plan național a psihiatrilor cît și propriile noastre observații ne indică că nu trebuie să socotim psihiatrii ca o categorie profesional-intelectuală cu regim de excepție în cadrul corpului medical. Orice absolvent al facultății de medicină cu un bun nivel de profesionalizare în medicina generală și o bună sănătate fizică și psihică poate fi în opinia noastră un potențial candidat la profesiunea de psihiatru. Observațiile noastre ne arată că nu se poate susține teza unor persoane predestinate pentru psihiatrie, ci dimpotrivă necesitatea de a atrage pentru această specialitate persoane cu motivații și disponibilități de realizare multivalentă în domeniul medicinii în general și al specialităților medicale în special.

În încheiere apreciem că selecționarea, recrutarea și promovarea absolvenților facultăților de medicină în domeniul psihiatriei nu trebuie să meargă pe criterii univoce, pe absolutizarea criteriilor academice, administrative sau de natură psiho-profesională subiectivă, ci pe totalitatea factorilor existenți la un moment dat în anumite realități socio-profesionale. Socotim că este însă imperios necesar ca psihiatrii înșiși să facă cunoscut în rîndul studenților mediciniști și a tinerilor medici posibilitățile realizării lor în domeniul psihiatriei astfel încît competiția pentru realizare în această specialitate să fie la nivelul cunoscut deja în domeniul specialităților de mare tradiție și permanentă solicitare.

ASPECTE ERGONOMICE ȘI PSIHOSOCIALE CU IMPLICAȚII ASUPRA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ ȘI STĂRII DE SĂNĂTATE A MUNCITORILOR DIN INDUSTRIE

R. Petrușca, Al. Călugăr
— *Iași*

Organizarea științifică a muncii este caracterizată în epoca actuală prin complexitatea unor probleme, fapt ce necesită cunoașterea tuturor factorilor ce pot influența relația om—muncă și deci productivitatea muncii.

Preocupările în acest domeniu s-au axat pînă nu demult timp pe probleme ce priveau stabilirea duratei muncii și a repausului necesar pentru refacerea biologică după efortul depus, adică numai pe criterii de fiziologia muncii.

În prezent aceste preocupări sînt extinse spre problemele legate de influența condițiilor de viață și de muncă asupra randamentului în muncă, scoțîndu-se în evidență numeroși alți factori legați de om și de locul de muncă, factori care trebuie cunoscuți și luați în considerare în organizarea științifică a muncii.

Unul din acești factori, cu implicații directe asupra eficienței profesionale a forței de muncă, este organizarea bugetului timp, și a timpului liber, factor al cărui rol este mai evident și capătă noi dimensiuni odată cu accelerarea procesului tehnico-științific.

Se cunoaște faptul că nu munca în sine este dăunătoare ci doar anumite condiții în care se desfășoară. Condițiile de muncă putînd fi dăunătoare pornind de la efortul fizic supradozat, pînă la condițiile variate ale mediului industrial reprezentate de microclimatul ce depășește parametrii fiziologici, noxele industriale sau diverși alți factori agresivi ale căror influențe nefavorabile asupra sănătății, pot și trebuie să fie prevenite.

Pentru stabilirea interdependenței relațiilor ce se conturează în procesul de muncă între organism și mediul industrial, trebuie să fie cunoscuți factorii ce caracterizează condițiile de muncă, factorii ce influențează capacitatea de muncă și oboseala la care trebuie adăugate noile preocupări ale psihologiei muncii, ergonomiei și igiena muncii.

Interrelația dintre om—mediu—mașină în procesul de producție nu numai că nu trebuie să fie dăunătoare societății, ci din contra, trebuie să se soldeze cu o participare a tuturor celor trei componente la menținerea sănătății și creșterea randamentului muncii.

Cunoașterea capacității de muncă cît și a factorilor ce o întrețin sau o influențează, constituie pentru organizarea științifică a producției o rezervă, ce poate fi adăugată la ansamblul măsurilor tehnice, economice și medicale.

Capacitatea de muncă fiind expresia unui fenomen fiziologic complex, este determinată de un număr mare de factori ca: factorii fiziologici, psihologici, factorii mediului ambiant și social-economici. Factorii fiziologici sînt reprezentanți de starea de sănătate, constituție morfofuncțională, alimentație, exercițiu și antrenament, sex şi vîrstă. Factorii psihologici sînt reprezentaţi de aptitudinile de muncă, interesul, voinţa, atitudinea faţă de muncă şi relaţiile interumane la locul de muncă. Factorii mediului de muncă şi social-economici sînt reprezentanţi de microclimatul locului de muncă, agenţii chimici şi fizici (iluminat, zgomot, trepidaţii, radiaţii, pulberi etc.), nivelul profesional şi cultural, organizarea timpului liber, a concediului de odihnă, relaţii interumane. Condiţiile care pot influenţa de asemenea capacitatea de muncă, sînt legate de cîteva elemente de bază reprezentate de timpul de lucru, regimul şi ritmul de muncă.

Curba capacităţii de muncă în timpul unui schimb are valori diferite ca productivitate şi viteză începînd de la un anumit prag ce este variabil de la individ la individ, o perioadă ascendentă de adaptare, o perioadă orizontală de maximă productivitate şi apoi o perioadă descendentă marcată de apariţia şi instalarea oboselii.

Odihna săptămînală şi concediile de odihnă anuale dozate ca durată după natura muncii pune problema întreruperii şi restabilirii steriotipului dinamic format şi readaptarea la muncă precum şi îmbunătăţirea capacităţii de muncă.

Curba capacităţii de muncă este maximă în schimbul de dimineaţă, mai scăzută după-amiază şi cea mai scăzută în schimbul de noapte. fenomene legate de stabilire aunor stereotipuri şi ritmuri biologice.

Din punct de vedere fiziologic rotaţia ar trebui să se facă la intervale mai mari deoarece intervalele mai scurte nu permit adaptarea integrală fiziologică la perioadele de veghe impuse, ducînd uneori la manifestări de dezadaptare la rotaţia schimburilor mai ales în sfera neuro-psihică şi digestivă.

Ritmul de muncă este repetarea ciclică a componentelor unor procese de lucru fiind determinat de durata, tipul, natura şi caracteristicile efortului ciclului motor exprimat dinamic în număr de operaţii, poate obosi în egală măsură, scăzînd capacitatea de muncă, dacă este prea rapid sau prea lent.

Automatizarea producţiei pune o serie de probleme legate de atenţie, solicitarea analizorilor vizuali, auditivi şi a memoriei, ceea ce măreşte tensiunea nervoasă psihologică a creşterii directe a simţului răspunderii.

Efectul acestor suprasolicitări, a mobilităţii proceselor nervoase superioare se manifestă prin diminuarea forţei proceselor de excitaţie, iradierea inhibiţiei şi apariţia precoce a oboselii.

Ca rezultat al muncii exercitată pe o perioadă de timp cu o anumită intensitate, oboseala este o stare normală complexă, tranzitorie şi reversibilă a organismului, manifestată prin scăderea randamentului funcţional şi apariţia unei senzaţii specifice, ce dispare după repaus, repaus ce poate fi activ — pasiv, în stare de veghe sau somn, în funcţie de natura şi gradul efortului de solicitare în producţie. Fără a intra în detalii privind mecanismele apariţiei oboselii, oboseala fiziologică este consecutivă efortului şi proporţională cu el, fiind un indicator util al reacţiei de apărare, care semnalizează necesitatea încetării muncii şi intervenţiei odihnei.

Sindromul clinic de oboseală, de surmenaj, de oboseală cronică, de oboseală patologică este un proces cumulativ în timp, ca efect al lipsei de refacere periodică şi regulată, printr-un repaus nesatisfăcător.

Simptomatologia manifestărilor de oboseală este foarte variată şi neluarea măsurilor de prevenire a acesteia poate duce la manifestări structurale, de natură organică, cu caractere ireversibile mai ales în domeniul sistemului nervos, aparatului digestiv sau cardiovascular, mergînd la scăderea randamentului pînă la scăderea completă a capacităţii de muncă.

Condiţiile social-culturale reprezentate de nivelul profesional şi cultural, au o acţiune hotăritoare pentru productivitatea muncii, pentru întreţinerea şi promovarea capacităţii de muncă. Prin desfăşurarea muncii industriale într-un mod organizat, la intervale de timp bine stabilite, muncitorii în afara orelor de producţie pot dispune de un timp liber important. Modul de utilizare a acestui timp liber are o influenţă hotărîtoare asupra capacităţii de muncă. Numeroase cercetări sociologice efectuate în ultima vreme privind folosirea timpului liber la unele categorii de muncitori din diverse întreprinderi, au arătat influenţa acestuia asupra capacităţii de muncă. Ritmul intens de viaţă, restrîngerea relaţiilor interfamiliale, a legăturilor de prietenie, poluarea sonoră şi atmosferică, folosirea neraţională a timpului liber, pot explica în parte şi creşterea numărului de nevroze sau sindroame nevrotiforme în mediul urban şi industrial.

În epoca noastră evoluţia structurilor somato-psihice rămîn în urma evoluţiei structurii mediului. Într-o măsură incomparabil mai mare decît predecesorii ei, omul de astăzi trebuie să dezvolte un efort mai mare de adaptare. Noile condiţii de muncă necesită completarea repausului propriu-zis cu alte forme de odihnă, prin activităţi de recreere, de apropiere de natură, de sociabilitate. Aceasta însă implică măsuri organizatorice pentru a creia posibilităţi ca muncitorii să beneficieze de astfel de acţiuni, care să asigure sănătatea şi capacitatea de muncă.

Utilizarea timpului liber depinde de o serie de factori subiectivi şi obiectivi care se intercondiţionează. Factorii obiectivi se referă la durata timpului liber şi distribuirea acestuia, la posibilităţile existente în colectivitate sau în familie pentru a beneficia de activitate cultural-educativă, cultural-artistice, sportive şi recreative, factori ce influenţează direct alegerea modalităţii de petrecere a timpului liber.

Factorii subiectivi se referă la disponibilităţile şi aspiraţiile personale privind modul de petrecere a timpului liber, factori ce reflectă în mare măsură rezultatul acţiunilor cultural-educative de care au beneficiat subiecţii în timpul formării şi dezvoltării personalităţii acestora.

Distribuţia judicioasă a programului de activitate cu repartizarea echilibrată între timpul de muncă, timpul pentru repaus fiziologic (alimentaţie, somn, igienă personală), timpul pentru activităţi gospodăreşti şi timpul aşa-numit liber (activităţi de recreere, relaxare, instruire, educaţie, distracţie), constituie cel mai important factor ce influenţează refacerea organismului după efortul profesional precum și utilizarea eficientă pe plan social și profesional al acestuia.

Organizarea rațională a folosirii timpului liber în natură, în afara mediului de muncă sau urban trepidant, crearea unui ambianțe plăcute și tonice la locul de muncă reprezintă unul din factorii de o deosebită importanță pentru păstrarea, îmbunătățirea capacității de muncă și prevenirea oboselii.

STUDII COMPARATIVE PRIVIND ADAPTAREA FEMEILOR ȘI BĂRBAȚILOR LA MUNCA ÎN SISTEMUL 3/8 CU ROTAȚIE SĂPTĂMÎNALĂ

D. Mocanu, Rodica Balan, C. Solomon, C. Teodorescu, Doina Popa, Gh. Bălăceanu

— Iași

Munca în schimburi alternate ridică probleme de adaptibilitate în special pentru schimbul de noapte, avînd multiple implicații biologice, psihologice și sociofamiliale insuficient cunoscute.

Ținînd seama de stabilitatea ritmului nictemeral pentru unele funcții biologice de bază, munca de noapte poate genera fenomene de desincronizare care pot influența nefavorabil starea de sănătate.

Costul fiziologic crescut pentru rezolvarea conflictului dintre o stereotipie elaborată și schimbarea impusă, sau insuccesul încercărilor de adaptare pot fi cauza simptomatologiei nespecifice întîlnită la muncitorii care lucrează în trei ture.

Adaptarea este un fenomen complex în care intervine atît personalitatea biologică și psihologică individuală, cît și factori extrinseci profesionali și neprofesionali, sociofamiliali care pot contribui pozitiv sau negativ la procesul de adaptare.

Metodologie: În această lucrare se analizează factorii care pot influența adaptarea la munca în trei schimburi pe un lot de 33 femei și un lot de 49 bărbați. În acest scop s-a determinat profilul psihologic și fiziologic al subiecților, capacitatea fizică prin probe standard și unele trăsături de personalitate și tendințe psihoafective și comportamentale, prin fișe test. Starea de sănătate, parametrii somnului, unele aspecte ale oboselii, disconfortul în muncă și problemele sociale și profesionale au fost investigate pe baza inventarului anamnesctic de simptome psihosomatice.

Reactivitatea fiziologică a fost cercetată în timpul muncii, în dinamică, la intervale de 2 ore în cursul celor trei schimburi, pentru următorii parametri: timpul de reacție la stimuli sonori și vizuali, frecvența critică de fuziune, reobaza optică, temperatura orală, frecvența cardiacă, tensiunea arterială, testul de atenție, de apreciere a gradului de oboseală și a nivelului de activare.

Pentru a putea aprecia cantitativ gradul de adaptare s-a acordat un punctaj pentru fiecare parametru, scorul total de puncte echivalînd cu o adaptare 100%. S-a considerat ca limită convențională a gradului de adaptare, valoarea peste 50%, iar sub 50% cazurile cu adaptare slabă.

Munca în trei schimburi fiind factorul comun pentru ambele loturi s-a făcut o analiză multifactorială și s-a calculat regresia pe baza informațiilor privind vîrsta, vechimea în muncă, numărul de copii, durata transportului, locuința, durata somnului, tulburările de somn, starea de sănătate, capacitatea fizică, și morbiditatea în relație cu gradul de adaptare, cu scopul de a vedea care din cele 11 variabile studiate sînt mai importante pentru obținerea unui grad de adaptare ridicat.

S-a folosit metoda descrisă de Mc. Kenan (1969) și folosită de James Grizzle (1974) în studii asemănătoare.

S-au format distribuțiile marginale pentru fiecare variabilă independentă; S-au transformat distribuțiile marginale pe o scară prin referire la o distribuție ipotetică. În acest caz s-a folosit distribuția normală și valorile scalei sînt:

$$\int_{Z_{i-l}}^{Z_i} x f(x)\,dx \Big/ \int_{Z_{i-l}}^{Z_i} f(x)\,dx = \frac{h_{i-l} - h_i}{p}$$

unde h_{i-l} și h_i sînt ordonatele distribuției normale la Z_{i-l} și respectiv Z_i, și p_l este proporția observată în intervalul (Z_{i-l}, Z_i). Valorile lui Z_i nu sînt observate dar pot fi găsite în proporțiile observate; Scorurile marginale normale înlocuiesc la fiecare subiect valorile originale observate; Datele au fost apoi analizate prin metodele obișnuite multidimensionale.

Rezultate și discuții: Comparînd procentul de femei adaptate cu procentul de bărbați adaptați la munca de noapte, a rezultat că bărbații sînt mai adaptați decît femeile. Astfel, 69,7% din lotul de femei au avut un grad bun de adaptare (între 50 și 97%) iar restul reprezentînd 30% au avut un grad scăzut de adaptare, în timp ce în lotul de 49 bărbați, 93% au prezentat un grad de adaptare mai mare de 50 iar 81,6% dintre ei au avut scorul deasupra lui 60.

Din analiza factorilor care pot influența gradul de adaptare au rezultat următoarele: Vîrsta are un rol important, fenomenele de desincronizare apărînd după Waver (1974) spre 44 ani, tinerii adaptîndu-se mai ușor. În loturile noastre, atît la femei cît și la bărbați, această variabilă apare cu valori mari ale coeficientului de regresie b = —0,26 și b = —0,30 (coeficienții de regresie fiind standardizați), ceea ce confirmă asocierea dintre vîrstă și gradul de adaptabilitate, deși între vîrstă și adaptabilitate nu s-a putut stabili în cadrul cercetării noastre o relaţie directă de tip *cauză-efect.* O explicaţie ar putea fi şi faptul că media de vîrstă pe ambele loturi este de 27 ani. Vechimea profesională, atît la bărbaţi cît şi la femei, are de asemenea coeficienţi de regresie cu valori mari (b = 0,26 şi b = —0,17), însă la femei adaptabilitatea este în relaţie directă cu vechimea, iar la bărbaţi relaţia este inversă. Ţinînd seama de diferenţa numerică dintre loturi este posibilă o eroare a sensului relaţiei găsite în lotul de femei. Media vechimii profesionale în lotul de femei fiind de 7,9 ani şi de 6,7 ani în lotul de bărbaţi, diferenţa nu este semnificativă. Relaţia dintre vîrstă şi adaptabilitate este însă mai pronunţată decît pentru vechimea profesională şi adaptabilitate. Opinia personală a subiecţilor investigaţi asupra stării lor de sănătate nu a relevat o relaţie semnificativă cu gradul lor de adaptibilitate, în schimb examenul clinic a evidenţiat faptul că starea de sănătate şi morbiditate influenţează cert posibilităţile de adaptare. Femeile au coeficientul de regresie 0,18. Exprimat procentual lotul de femei are un procent de 60 % din cele slab adaptate cu antecedente patologice sau acuze actuale şi doar 30% din cele adaptate au antecedente patologice sau acuze actuale. În lotul de bărbaţi 100% din cei adaptaţi au o stare de sănătate bună, doar 10% avînd unele antecedente patologice, faţă de 55% dintre cei neadaptaţi, care au antecedente patologice. Durata şi calitatea somnului s-au afirmat ca factori foarte importanţi pentru adaptarea la munca de noapte, femeile slab adaptate dorm din diferite motive numai 5 ore, în special cînd sînt în schimbul de noapte, calitatea somnului diurn fiind deasemenea scăzută. În lotul de bărbaţi procentul celor care dorm insuficient este de 87% la neadaptaţi faţă de 22% la adaptaţi.

In schimb la bărbaţi are foarte mare importanţă calitatea somnului (coeficient de regresie = 0,85 care se apropie de relaţia cauză-efect) ; Durata transportului este crescută peste 50 de minute la femeile slab adaptate şi nu prezintă importanţă în lotul de bărbaţi ; Un alt factor de solicitare profesională este legat de îngrijirea copiilor mici şi munca în gospodărie, procentul femeilor cu copii mici în rîndul celor slab adaptate fiind de 72,7% (coeficientul de regresie la bărbaţi = 0,17 iar la femei = 0,10).

Stările conflictuale generate de relaţiile profesionale sau familiale s-au dovedit deasemenea nefavorabile procesului de adaptare.

Importanţa factorului individual pentru fenomenul de adaptare rezultă şi din examinarea profilului psihologic şi a tendinţelor nevrotiforme. În lotul de femei numărul mediu al tendinţelor nevrotiforme evidenţiate prin testul Woodsworth este mai mare la neadaptate faţă de adaptate (4, respectiv ,2) şi mult mai scăzut la bărbaţi (1,6 şi 1,). Dintre aceste tendinţe citām la femei în ordinea frecvenţei : emotivitatea, psihastenia obsesivă, tendinţe schizoide, tendinţe paranoide, tendinţe depresive şi hipocondrie, iar la bărbaţi, tendinţe depresive hipocondrie, emotivitatea simplă, tendinţe de instabilitate psihomotorie precum şi tendinţe impulsive, egocentriste, paranoide sau schizoide, într-un procent mult mai redus. Numărul de intravertiţi şi extravertiţi nu evidenţiază diferenţe semnificative între loturi.

Concluzii : Rezultatele acestui studiu au arătat că lotul de bărbaţi este mai adaptat la munca în trei schimburi decît lotul de femei.

Procesul de adaptare, atît la bărbaţi cît şi la femei, este influenţat de factori multipli individuali şi factori profesionali sau extraprofesionali.

O contribuţie mai importantă o au în lotul de femei variabilele vîrsta, vechimea în muncă, numărul de copii şi tulburările de somn. Calculînd semnificaţia regresiei numai pentru aceste 4 variabile s-a găsit $F_{4,31}$ semnificativ la p $_{0,001}$, de unde rezultă că datele de observaţie sînt suficient de bine descrise.

În lotul de bărbaţi tulburările de somn sînt în strînsă legătură cu gradul de adaptare. Urmează vîrsta, vechimea profesională şi numărul de copii.

Deşi munca în tura de noapte este un factor deosebit de important în seria factorilor de solicitare, obligînd organismul la desincronizarea ritmului biologic de veghe-somn, totuşi, calculînd coeficientul de corelaţie multiplă, nu se poate stabili un raport cauză-efect între factorii studiaţi şi gradul de adaptare, o mare parte a variaţiei gradului de adaptabilitate rămînînd neexplicată. Aceasta se poate datora şi altor variabile independente neluate în considerare în regresie.

In scopul prevenirii fenomenelor de dezadaptare apare necesitatea cunoaşterii şi soluţionării factorilor multipli implicaţi în procesul de adaptare.

CERCETARI PSIHOFIZIOLOGICE PRIVIND ADAPTAREA FEMEII LA MUNCA ÎN SCHIMBURI ALTERNANTE

Georgeta Mihail, D. Mocanu, C. Solomon, Doina Popa, C. Teodorescu,
Fl. Iliescu, Gh. Bălăceanu, Maria Rusu, Olga Berezovschi,
Ghizela Morgenstein
— *Iaşi*

Cercetarea prezentă a avut drept scop studiul adaptabilităţii femeilor la munca în schimburi pe baza studierii unor ritmuri circadiene şi confruntarea efectelor muncii în 2 schimburi cu munca în 3 schimburi, cu rotaţie săptămînală.

Material şi metodă : Pe două loturi de femei tinere şi aparent sănătoase clinic s-au studiat în dinamică, la interval de 2 ore, în timpul programului diurn şi nocturn, timp de cinci săptămîni, următorii parametri fiziologici : frecvenţa cardiacă, tensiunea arterială, timpul de reacție la stimuli audiovizuali, frecvența critică de fuziune, reobaza optică, temperatura centrală, teste de atenție concentrată și de autosetimare a stării de oboseală. Prin fișe psihologice, anamneza medicală și probe funcționale (cardiovasculare și consum de oxigen) s-a caracterizat profilul psiho-fiziologic și capacitatea de muncă.

Rezultate și discuții : Pe baza punctajului acordat indicatorilor menționați, s-a apreciat gradul de adaptare, considerîndu-se ca favorabilă menținerea parametrilor fiziologici la nivelul valorilor din cursul dimineții și în timpul programului nocturn sau de după amiază.

Considerînd ca limită convențională a gradului de adaptare valoarea de 50%, s-a diferențiat 2 categorii „adaptate" și „slab adaptate" în fiecare lot.

A rezultat astfel că, procentul de femei adaptate în lotul care lucrează în trei ture este de 69,7% și slab adaptate de 30,3%, iar lotul care lucrează în 2 ture procentul de adaptare este de 78,8% și slab adaptate de 21,2%.

Comparînd procentul de femei adaptate care lucrează în trei ture cu procentul celor care lucrează în 2 ture, proporția de adaptare a fost mai mare în lotul celor care nu lucrează noaptea, însă diferența este statistic nesemnificativă. Aceasta arată că în procesul de adaptare la factorii de muncă, deosebirea principală dintre loturi (munca în tura de noapte) joacă un rol nesemnificativ existînd și alți factori extraprofesionali, socio-familiali și de reactivitate individuală care pot influența adaptarea.

Într-o lucrare similară Fritzich, Enderlein și colab. (1977) demonstrează că munca de noapte nu este factorul determinant în procesul de adaptare, pe loturi de femei care lucrează în 2 și 3 ture, accentul punîndu-ne pe crearea condițiilor optime la locul de muncă, precum și pe soluționarea problemelor sociofamiliale (condiții de locuit, asigurarea prin creșe a îngrijirii copiilor mici, transportul la locul de muncă, selecționarea femeilor cu o stare bună de sănătate, etc).

Din corelarea gradului de adaptare cu o serie de factori psihofiziologici individuali, factori profesionali și extraprofesionali rezultă următoarele :

— vîrsta medie nu este semnificativ diferită între loturi și între cele 2 categorii de adaptare, deoarece lotul selecționat a fost omogen, unul din criteriile de selecționare fiind și vîrsta tînără ;

vîrsta joacă totuși un rol important, numeroase cercetări demonstrînd că tinerii se adaptează mai ușor. Wever (1974) arată că fenomenele de desincronizare apar mai frecvent către vîrsta de 44 ani.

Vechimea profesională nu pare să influențeze gradul de adaptare, proporția de femei adaptate crescînd inconstant în cele 2 loturi în funcție de vechime. Faptul că, în cadrul lotului care lucrează în trei ture există o creștere direct proporțională între gradul de adaptare și vechimea profesională, s-ar putea explica prin faptul că în condițiile de muncă mai dificile se produce o autoselecție în grupul respectiv, rămînînd în cadrul grupului cei care s-au adaptat mai bine.

Durata somnului are un rol important în condițiile muncii în trei ture și este nesemnificativ în cadrul muncii în 2 ture.

Durata transportului este deasemenea nesemnificativ diferențiată în lotul celor care lucrează în 2 ture.

Un factor comun de solicitare extraprofesională este legat de îngrijirea copiilor și munca în gospodărie, în ambele loturi existînd diferențe procentuale între femeile adaptate și cele slab adaptate. Astfel, în lotul care lucrează în 2 schimburi, 72,7% din cele slab adaptate au copii și doar 52,2% din cele adaptate au copii. Procente similare apar și în lotul celor care lucrează în trei ture.

Morbiditatea și antecendentele patologice influențează posibilitățile de adaptare, procentul fiind crescut în rîndul celor cu adaptare scăzută în ambele loturi (72,7% în grupul celor slab adaptate față de 41,4% adaptate în lotul cu 2 ture și 60% slab adaptate față de 30% adaptate în lotul cu trei ture). Procentul mai crescut la lotul cu 2 ture pledează pentru importanța reactivității individuale în determinarea gradului de adaptare. Dacă analizăm structura acestei morbidități în cele 2 loturi de femei, aparent sănătoase clinic, constatăm prezența sindromului asteno-vegetativ și a sindromului nevrotic urmate de hipertensiunea arterială, dischinezia biliară, dismenoreea. Aceste afecțiuni cu pronunțat caracter disfuncțional, sugerează posibilitatea instalării lor ca rezultat al insuccesului de adaptarea sau costului fiziologic crescut pentru a menține parametrii funcționali investigați în limitele adaptării. Pe un organism cu labilitate crescută, cumularea factorilor de solicitare profesională sau extraprofesională, poate depăși posibilitățile individuale de compensare, favorizînd instalarea fenomenelor morbide care, inițial în stadiul funcțional, se pot visceraliza în timp.

Importanța factorului individual pentru fenomenul de adaptare este sesizabil dacă examinăm și distribuția tendințelor nevrotiforme și profilul psihologic. Astfel, atît în lotul I cît și în lotul II, numărul mediu al tendințelor nevrotiforme, (testul Woodsworth) este mai crescut la persoanele slab adaptate față de cele bine adaptate : 4 față de 3,2 în lotul care lucrează în trei schimburi și 3,7 față de 2,5 în lotul celor cu 2 schimburi. Dintre aceste tendințe cităm în ordinea frecvenței : emotivitatea, psihastenia, tendințe schizoide, tendințe paranoide, tendințe depresive, hipocondrie. De asemenea procentul de introvertiți și extravertiți este

Analizînd din punct de vedere statistic nemnificația și prin aceasta oportunitatea indicatorilor fiziologici utilizați pentru diferențierea gradului de adaptare, s-au evidențiat ca semnificativi următorii indicatori : timpul de reacție, FCF, reobaza optică, testul de atenție concentrată și testul de autoestimare.

O analiză similară pentru simptomele subiective, care au reprezentat criterii de diferențiere a gradului de adaptare împreună cu indicatorii obiectivi, au evidențiat ca semnificative simptomele neurovegetative și sensitivo-senzoriale, tulburările de somn și simptomele psihoafective. De remarcat prezența tulburărilor de somn la femeile slab adaptate și în lotul care lucrează în 2 schimburi deși programul nu afectează somnul de noapte și numărul de ore disponibile pentru odihnă.

Rezultă că apariţia tulburărilor de somn cu semnificaţie de simptom precoce în instalarea sindromului astenovegetativ are semnificaţie şi ca indicator în procesul de adaptare.

Concluzii

În baza datelor obţinute se pot formula următoarele concluzii : munca în tura de noapte rămîne un factor deosebit de important în seria factorilor de solicitare profesională, obligînd organismul la sincronizarea unuia din ritmurile sale fundamentale de veghe-somn la program nocturn ; în procesul de adaptare la munca în schimburi sînt implicaţi deopotrivă factori profesionali, factori sociofamiliali şi factori individuali psihofiziologici ;

— dintre factorii sociofamiliali menţionăm în ordinea importanţei, numărul de copii şi îngrijirea lor, condiţiile de locuit şi transportul la locul de muncă, aceşti factori reducînd numărul orelor de somn şi calitatea somnului ; factorii individuali (starea de sănătate, vîrsta, capacitatea fizică, reactivitatea psiho-fiziologică şi tendinţele psiho-nevrotice) au rol, important în procesul de adaptare la solicitările profesionale şi extraprofesionale ; în condiţiile în care munca în trei ture se va extinde, pentru a obţine un răspuns favorabil adaptării la munca de noapte este necesar să se acţioneze asupra tuturor factorilor care influenţează adaptarea prin : selecţia la angajare, (starea de sănătate, capacitatea fizică, vîrstă) soluţionarea problemelor socio-economice (transport, locuinţă, venit) şi familiale (creşe, grădiniţe, cantine, asigurarea timpului de odihnă şi a orelor de somn) ; metodologia aplicată pentru aprecierea gradului de adaptare la munca în schimburi a fost adecvată ; verificarea statistică a unor parametri fiziologici a permis ierarhizarea semnificaţiei unor indicatori ce pot fi folosiţi cu precădere în investigaţiile viitoare.

The adaptation of the human organism to the night work is an actual problem of the modern industry especially for the woman whixh are more and more participating in different activities fields.

It was investigated two lots of young, healthy women who was working in a three shifts, respectively two shifts programm. The physiological indicators as, heart rate, blood pressure, oral temperature, response time to audio-visual stimuli, visual acuity and visual fatigue, attention tests and self-estimation of vigilence text, were registered on each two hours, during the day and night shifts to avidence the disturbances of the cincadian rythm and the adaptation degree.

The results showed an increased percentage of adapted women who was working in a day program, comparatively to the women who was working in the night shifts but the difference was not significant.

The conclusion was that there are many factors which may influence the adaptation degree as individua lfactors (age, health state, psychological aptitudes, neurotic tendences), professional factors (stress, noise, physical effort) especially socio-familial factors (rest-time, sleep time, transport conditions, age and number of children etc.).

As prophylactic measures it is indicated to improve all the mentioned factors.

FACTORI CARE CONDIŢIONEAZĂ STĂRILE ADAPTATIVE ŞI DEZADAPTATIVE ALE ŢESĂTOARELOR ÎN CAZUL MUNCII ÎN TREI SCHIMBURI CU ALTERNARE SĂPTĂMÎNALĂ

Gr. Stavri, I. Silion, Lida Antoniuc, Al. Călugăr, Corina Găleşanu, Ştefania Dimofte
— Iaşi

Colectivul de la disciplina de medicina muncii din I.M.F. Iaşi s-a preocupat, în ultimii ani, de cercetarea unor aspecte privind stările adaptative şi dezadaptative ale ţesătoarelor care lucrează în trei schimburi, cu alternare săptămînală. Prin aceste cercetări, s-au pus în evidenţă : existenţa unui fenomen de adaptare „de durată" la sistemul muncii în trei schimburi cu alternare săptămînală, care se instalează pe parcursul primului an de activitate profesională (la 8 ţesătoare) ; caracteristicile stărilor dezadaptative apărute pe parcursul vieţii profesionale (la 125 ţesătoare) ; efectele muncii în trei schimburi cu alternare săptămînală asupra morbidităţii prin unele boli cronice (la 776 persoane de sex feminin din industria textilă şi de confecţii).

Ca metodă de cercetare am recurs la : investigarea clinico-anamnestică a stării de oboseală, măsurarea temperaturii orale şi a frecvenţei cardiace, datele de morbiditate din fişele individuale de consultaţii medicale, şi de condiţiile de muncă şi viaţă, stabilitate cu ajutorul unor fişe tip, prin metode uzuale.

Cercetările noastre au arătat că, spre deosebire de fluctuaţiile cu caracter adaptativ care survin săptămînal, cu ocazia schimbării turei de muncă, prin „antrenamentul" mecanismelor fiziologice şi psihologice, pe parcursul primului an de activitate, se poate instala o stare adaptativă „de durată", caracterizată prin : micşorarea diferenţelor de temperatură corporală şi de frecvenţă cardiacă între diversele schimburi de muncă, şi, în special între schimbul de noapte şi schimburile de zi ; creşterea promptitudinii răspunsului aparatului cardiovascular, evidenţiată prin puls ; scăderea acuzelor de oboseală în legătură în deosebi cu munca în schimb de noapte ; o bună stare de sănătate, pe plan subiectiv şi obiectiv.

După o perioadă variabilă de la încadrarea în muncă, la o parte dintre persoane, poate să survină un fenomen de dezadaptare, manifestat printr-o oboseală cronică nevrotică, cu expresie psihică sau psihosomatică, creșterea morbidității prin unele afecțiuni, în special afecțiuni neuropsihice, digestive, cardiovasculare și prin ginecopatii.

Cercetările noastre arată că, stările adaptative și dezadaptative sînt condiționate de o serie de factori, a căror cunoaștere este importantă, întrucît permite stabilirea unor măsuri pentru prevenirea și combaterea eșecului adaptativ. În lucrarea de față vom lua în discuție o parte dintre acești factori.

Capacitatea adaptativă a organismului la munca în ture este determinată atît filogenetic cît și ontogenetic, avîndu-se în vedere particularitățile bioritmului circadian nomal al omului. Din cercetările noastre a reieșit că, există persoane care au o mare capacitate adaptativă, muncind toată viața lor profesională în ture fără consecințe evidente pentru starea lor de sănătate, chiar dacă au și importante solicitări extraprofesionale. Două dintre cele 125 țesătoare urmărite pe parcursul unui ciclu complet de rotare a schimburilor, adică 3 săptămîni, aveau o stare bună de sănătate, atît pe plan subiectiv cît și obiectiv, deși aveau vîrsta de 55 ani și munceau în ture de 28 ani. Aproximativ 1/6 dintre țesătoare, cu vîrsta peste 35 ani și vechimea în muncă peste 15 ani, prezentau o stare de sănătate satisfăcătoare, indiferent de condițiile lor de viață.

Vîrsta prezintă o importanță deosebită, în ceea ce privește capacitatea de adaptare la munca în schimburi Toate cele 8 țesătoare cu vîrsta de 18—19 ani, urmărite de noi pe parcursul primului an de activitate în ture, s-au adaptat în mod corespunzător la sistemul de muncă respectiv, prezentînd modificările caracteristice stării adaptative „de durată“. Am constatat că, între 23—30 ani, numărul simptomelor subiective de oboseală este în creștere, de la 3—4 la 11—14 pe persoană ; între 30—40 ani, acestea scad la 4—5, pentru ca, după 45 ani, acestea să crească la 17—20 pe persoană, mai mult deci decît sub 30 ani. După 35 ani, acuzele de oboseală au tendința să devină permanente, avînd intensitatea maximă în timpul muncii de noapte. Am constatat existența unor diferențe semnificative între valoarea frecvenței cardiace din timpul muncii de noapte și cea din timpul muncii de zi : pînă la 27 ani, frecvența cardiacă e mai crescută în timpul muncii de noapte decît ziua, fiind expresia unei bune adaptări la munci de noapte ; între 27—35 ani, la o parte dintre persoane, frecvența cardiacă are tendința să devină mai scăzută noaptea decît ziua ; după 35 ani, la 50% dintre persoane, frecvența cardiacă este în mod constant mai scăzută în timpul muncii de noapte decît ziua. După rezultatele cercetării noastre, eșecul adaptativ al femeilor care lucrează în trei schimburi csu alternare săptămînală, crește în mod semnificativ după vîrsta de 35 ani.

Solicitarea extraprofesională, îndeosebi cea din familie, apare în cercetarea noastră, în acord cu alte cercetări, ca avînd o importanță majoră, în ceea ce privește riscul de dezadaptare. Creșterea numărului și intensității acuzelor de oboseală, atît a celor cu caracter tranzitoriu cît și a celor cu caracter permanent, însoțită de labilitate neurovegetativă și psihică, uneori și de stări patologice organice, se corelează cu situația familială : ele cresc de la femeile necăsătorite la cele căsătorite fără copii, și, în deosebi, odată cu creșterea numărului copiilor din familie. În primii 4—5 ani după căsătorie, efortul adaptativ la viața de familie și de creștere și educare a copiilor, se reflectă în sens negativ în ce privește rezistența organismului la munca în ture. Urmează o perioadă de relativă adaptare la dubla solicitare, familială și profesională, pentru ca, după aproximativ 15 ani de muncă, riscul de eșec adaptativ să crească din nou, ceea ce corespunde la vîrsta de aproximativ 35 ani.

Traumele psihice joacă un rol important în determinismul fenomenului de dezadaptare. Noi le-am întîlnit la 10% dintre persoanele bine adaptate și la 50% dintre persoanele cu dezadaptare. Fiind vorba de femei cu solicitare familială, traumele din familie sînt mai importante decît traumele profesionale, cel puțin așa apar ele pe plan subiectiv.

Somnul joacă un rol hotărîtor în cea ce privește rezistența organismului la munca în schimburi. După munca în schimburile de dimineață și de după amiază, somnul este suficient ca durată (6—8 ore). După munca în schimb de noapte însă, durata somnului era de 2—5 ore, cu o medie de 3,5 ore. La toate persoanele la care s-a stabilit diagnosticul de sindrom dezadaptativ, erau prezente tulburări de somn.

Mai rar întîlnite au fost condițiile necorespunzătoare de locuit, alimentație sau transport, încît nu se pot stabili concluzii în această privință.

Din punct de vedere etiologic, stările de eșec adaptativ la țesătoarele care lucrează în trei schimburi cu alternare săptămînală, se caracterizează printr-un mozaic de factori, care se intrică, se sumează, fiind dificil de stabilit cît revine fiecăruia în parte. Faptul că, la toate muncitoarele urmărite de noi, temperatura corporală din timpul muncii de noapte se menține la valori foarte apropiate de cele din timpul muncii de zi, după ce, în primele luni de muncă în ture, temperatura de noapte era semnificativ mai scăzută decît cea de zi, și aceasta, indiferent de diagnosticul stabilit din punct de vedere adaptativ, ne sugerează ideea că, nu munca în ture este cel mai important factor de dazadaptare, ci, sistemul de muncă și viață în ansamblul său, pe fondul genetic și de antrenament din primii ani de muncă în ture. În cazul concret al muncii femeii ,factorii socio-familiali dețin ponderea cea mai imoptrantă, cel puțin pentru etapa actuală. În acest caz, munca în schimburi intervine ca un factor suplimentar de risc, într-un context mai larg de factori sumativi, extraprofesionali și profesionali, determinînd oboseala cronică, cu consecințele sale psihice și psihosomatice.

FACTORI ETIOLOGICI AI STRESULUI ŞI MONOTONIEI ÎN MUNCA LA TABLOURILE DE COMANDĂ INTR-O CENTRALĂ TERMOELECTRICĂ

Gr. Stavri, I. Silion, Ana Cotrău, Cornelia Mihalache, R. Petruşca, M. Petraru
— *Iaşi*

Activitatea operatorilor de la tablourile de comandă, în cazul muncii automatizate, se caracterizează, din punct de vedere psihofiziologic, prin solicitare preponderent perceptivă, atenţie încordată, vigilenţă şi stress psihoemoţional, ca urmare a exigenţei şi răspunderii înalte în muncă. Supravegherea tabloului de comandă, în condiţiile pierderii contactului direct cu maşinile şi produsele muncii, precum şi componentele motorii reduse, conferă muncii, în ansamblul ei, un caracter de monotonie, de unde şi denumirea de „subsolicitare“ dată fenomenului întîlnit în acest tip de muncă, de către unii autori. Caracteristicile muncii automatizate determină apariţia anumitor riscuri pe plan de sănătate, din punct de vedere psihic şi psihosomatic, fiind vorba de stres şi-n acelaşi timp şi de monotonie. Pentru a atenua stresul şi monotonia muncii, este necesară depistarea factorilor etiologici ai acestor stări, prin cercetări efectuate la locurile de muncă, întrucît şi în cazul muncii automatizate, există diferenţa de la un loc de muncă la altul. Aceste considerente ne-au determinat să întreprindem o cercetare privind factorii etiologici ai stresului şi monotoniei în munca operatorilor de la tablourile de comandă într-o centrală termoelectrică.

Cercetarea a fost efectuată la două locuri de muncă, şi anume, la camera centrală de comandă şi la turbine, unde lucrează 20 operatori, cu vîrsta între 28—44 ani şi vechimea în munca la tablou între 1—7 ani. Activitatea se desfăşoară neîntrerupt, zi şi noapte, fiind asigurată prin muncă în schimburi, după sistemul „8 + 24“ (8 ore de muncă urmate de 24 ore repaus), într-un schimb lucrînd 3 operatori la camera centrală şi 2 operatori la turbine. S-au determinat : structura zilei de muncă, prin cronogramă profesională ; ambianţa fizică (microclimat, zgomot, iluminat) ; intensitatea stresului, prin dozarea acidului vanilmandelicAVM în urină ; starea atenţiei concentrate, prin testul „Toulouse-Piéron“ şi a atenţiei distributive, prin testul de distribuţie numerică „Praga“, în prima şi a opta oră a schimburilor de muncă ; timpii de latenţă şi numărul erorilor pentru reacţia senzorio-motorie la 3 probe de semnalizare, una cu excitanţi sonori şi două cu excitanţi luminoşi (culoare şi poziţie), fiecare constînd din 30 excitanţi administraţi în serie, cu alternarea imprevizibilă a 3 tipuri de stimuli, cu ajutorul unui cronoscop electronic „EAP“ Franţa ; senzaţia subiectivă de oboseală şi factorii sociali care o pot determina, utilizînd chestionare tip.

Determinările au fost făcute pentru toate cele 3 schimburi de muncă, pentru fiecare operator în parte.

Rezultate şi discuţii : AVM în urină a prezentat valori medii între 2,3—3,4 gamma/ml : între 3,3—5,1 la camera centrală şi între 2,3—5,4 la turbinişti. În schimbul de dimineaţă, după o uşoară creştere în primele 5 ore, în ultimele 3 ore valorile scad, devenind mai mici decît la intrarea în schimb. În schimburile de după-amiază şi de noapte, valorile sînt în continuă creştere pe parcursul schimbului, atingînd valori maxime în ultimele 3 ore. Dacă, pe tot parcursul schimbului de dimineaţă, eliminările urinare de AVM la turbinişti sînt mai mici decît ale operatorilor de la camera centrală, în schimburile de după amiază şi de noapte, ele devin mai mari la turbinişti, începînd cu a 2-a pînă la a 4-a oră de muncă.

Atenţia concentrată şi distributivă se îmbunătăţesc pe parcursul schimbului de dimineaţă, dar se deteriorează în schimburile de după amiază şi mai ales de noapte. La turbinişti, calitatea atenţiei este mai slabă decît la operatorii de la camera centrală.

Timpii de latenţă ai răspunsurilor motorii la proba de semnalizare se îmbunătăţesc (scad) în schimbul de dimineaţă, pe cînd în schimburile de după amiază şi de noapte, ei se înrăutăţesc (cresc). În mod constant, timpii de latenţă sînt mai lungi la turbinişti.

Senzaţia de oboseală apare începînd cu a 5-a oră de muncă în schimbul de dimineaţă, cu a 6-a oră în schimbul de după amiază, şi cu a 3-a oră în schimbul de noapte ,fiind mai intensă la turbinişti.

Din punct de vedere igienico-fiziologic şi psihologic, munca turbiniştilor diferă de cea a operatorilor de la camera centrală de comandă, în principal prin : intervenţii mai numeroase la tablou şi turbine, deci, componente motorii mai importante ; temperatură înaltă şi radiaţie calorică peste limita superioară a zonei de confort termic ; intensitatea zgomotului peste limita maximă admisă (90 dB) ; prezenţa trepidaţiilor ; niveluri de iluminare sub cele indicate de normele sanitare. Rezultă că, stresul turbiniştilor este mai crescut, fapt ce rezultă şi din eliminările mai crescute de AVM prin urină, mai ales în cea de a doua parte a schimburilor de după amiază şi de noapte. Testele de atenţie, valorile timpilor de latenţă la reacţia senzorio-motorie şi senzaţia de oboseală ne arată că, oboseala apare mai precoce şi este mai intensă la turbinişti.

Cercetarea noastră, în acord cu alte cercetări, scoate în evidenţa faptul că, activitatea operatorilor de la tablourile de comandă, ca şi alte activităţi, poartă amprenta ritmului biologic circadian normal, peparcursul celor 24 ore ale zilei. Temperatura înaltă, zgomotul şi iluminatul insuficient constituie factori nefavorabili ai mediului de muncă, avînd efecte negative asupra capacităţii de muncă.

În ceea ce priveşte monotonia muncii la tablou, cercetarea noastră scoate în evidenţă existenţa a două categorii de factori, care au efecte contrare asupra monotoniei : trepidațiile și zgomotul continuu de la turbine, cu caracter uniform, iluminarea insuficientă și temperatura înaltă a mediului accentuează efectele monotoniei, scăzînd performanța organismului în muncă ; componentele, motorii, dar fără efort fizic epuizant, stresul psihic, tradus prin eliminări crescute de AVM prin urină, precum și variabilitatea operațiilor de muncă, tind să activeze organismul, și să contracareze efectele monotoniei, crescînd performanța organismului.

Particularitățile bio-psiho-sociale individuale au o importanță deosebită în ceea ce privește influența lor asupra efectelor stresului și monotoniei în munca automatizată, intervenind ca factori care condiționează aceste efecte. La persoanele cu vîrsta sub 25 și peste 40 ani, la cele provenite din mediul rural și care nu s-au adaptat suficient la noile condiții, în cazurile în care se abuzează de cafea și tutun, la persoanele care fac naveta, la cele care au solicitări neuropsihice extraprofesionale, precum și la persoanele cu condiții nesatisfăcătoare de odihnă, efectele sînt mult mai accentuate, existînd și riscul pe plan psihic și psihosomatic ; la aceste persoane am întîlnit mai frecvent tulburări de somn, nervozitate, labilitate neurovegetativă, caracteristice sindromului nevrotic de neadaptare. Din contra, efectele nefavorabile ale stresului și monotoniei în munca la tabloul de comandă pot fi prevenite și combătute prin : exerciții fizice în timpul pauzelor muzică de intensitate moderată la locul de muncă, schimbarea periodică a naturii activităților, evitarea solicitărilor neuropsihice extraprofesionale exagerate și practicarea exercițiilor fizice, evitarea abuzului de cafea și tutun, asigurarea unor condiții corespunzătoare de odihnă ș.a.

Medicii care au în supraveghere medicală persoane care lucrează în sectoare cu muncă automatizată, trebuie să cunoască aspecte fiziologice, igienice și psihologice ale muncii automatizate, riscurile pe planul sănătății și măsurile care se impun pentru prevenirea efectelor nefavorabile din punct de vedere psihic și psihosomatic.

RELAȚIILE DINTRE CONDIȚIILE PSIHO-SOCIO-PROFESIONALE ȘI UNELE PROBE DE PERSONALITATE LA FEMEI

Gh. Bălăceanu
— *Iași*

Dat fiind faptul că personalitatea se formează sub influența directă a mediului, influență care dacă e nefavorabilă poate conduce și la tulburări de personalitate ca reacție de apărare în fața condițiilor vitrege și în același timp modalitate neadecvată de adaptare, care poate culmina cu crearea unei lumi proprii pentru negarea celei existente care nu satisface, — ne-a interesat relațiile dintre diferite aspecte ale personalității și cîțiva din principalii factori ai mediului psihosocial și profesional. În acest scop am investigat 276 muncitoare relativ tinere (majoritatea între 20 și 35 de ani) din patru secții ale unei întreprinderi de tricotaje, printr-un chestionar elaborat de noi în care surprindea condițiile de locuit, calitatea somnului (odihnitor sau nu), calitatea timpului liber (am considerat în această noțiune timpul extraprofesional la care chestionam modul de petrecere și-l apreciam ca odihnitor sau obositor), nemulțumirile familiale, nemulțumirile la locul de muncă, adaptarea la munca în ture, oboseala, atașamentul la meserie și fluctuația latentă.

Dintre probele de personalitate am utilizat chestionarul din intro-extraversiune după C. A. Neymann și K. D. Kohlstedt, chestionarul de personalitate accentuată după H. Schmiescheck (amebele adaptate la noi de I. M. Nestor), chestionarul de tendințe nevrotforme W.-M. și testul de frustrație Rosenzweig.

La fiecare din factorii investigați de chestionarul elaborat de noi, răspunsurile erau notate cu punctaje și astfel s-au putut calcula indici care variau între 0 și 1, putind considera astfel rezultatul drept bun, mediu sau slab, în funcție de posibilitățile de răspuns la factorul respectiv. Fiecare categorie de răspuns de la fiecare factor a fost ulterior confruntată cu rezultatele fiecăruia din cele patru probe de personalitate, la cele obținute calculîndu-se apoi valoarea „hi pătrat“ pentru a stabili semnificația relației. În datele pe care le expunem vom menționa doar relații la care am obținut un „hi pătrat“ semnificativ la Ps de cel puțin 0.10.

La testul de intro-extraversiune, subiecții introvertiți și cu tendințe către introversiune prezintă în proporție semnificativă un somn neodihnitor (x^2 = 107,89 p 0,01), nemulțumiri la locul de muncă (x^2 = 15,63 p 0,01), fluctuație latentă (x^2 = 4,83 p 0,05) și un timp liber petrecut cu activități obositoare (x^2 = 2,83 p 0,10). Introversiunea cu caracteristicile sale bine cunoscute apare astfel ca un factor cu o influență demnă de luat în considerație avînd în vedere rezultatele de mai sus.

Personalitățile accentuate (care au obținute un scor global peste 500 puncte la chestionarul Schmiescheck) sînt considerabil influențate poate chiar cauzate de nemulțumiri familiale (x^2 = 27,5 p 0,01), timp liber neodihnitor (x^2 = 11,79 p 0.01), somn neodihnitor (x^2 = 8,7 p 0.01) și condiți deficitare de locuit (x^3 = 4,91 p 0.01).

Corelate cu chestionarul de tendințe nevrotiforme W.-M., influențele factorilor psihosociali și profesionali se fac și aici simțite. Emotivitatea simplă apare influențată de un somn neodihnitor (x^2 = 15,13 p 0.01), condiții deficitare de locuit (x^2 = 9,81 p 0.01), oboseală (x^2 = 7,33 p 0.05) și nemulțumiri la locul de muncă (x^2 = 5,73 p 0.05). Tendințele psihastenice obsesive apar în relație directă cu somnul neodihnitor (x^2 = 12,76 p 0.01), timp liber obositor (x^2 = 17,65 p 0.01) nemulțumiri familiale (x^2 = 10,17 p 0.01) și oboseală

(x^2 = 6,73 P 0.05). Tendinţele schizoide se asociază cu timpul liber petrecut obositor (x^2 = 15,44 P 0.01), slaba adaptare la munca în ture (x^2 = 8,65 P 0.05), condiţii deficitare de locuit (x^2 = 5,22 între P 0.01 şi P 0.05). Tendinţele paranoide se asociază de asemenea cu timpul liber obositor (x^2 = 16,1 P 0.01), somn neodihnitor (x^2 = 8,4 între P 0.05 şi P 0.01) şi nemulţumiri familiale (x^2 = 2,92 P 0.10). Tendinţele depresive şi ipohondrice sînt determinate atît de calitatea somnului (x^2 = 55,23 P 0.01), cît şi de satisfacerea valenţelor timpului liber (x^2 = 25,64 P 0.01), gradul de oboseală (x^2 = 23,26 P 0.01), slaba adaptare la munca în ture (x^2 = 10,81 P 0.01), nemulţumirile familiale şi condiţiile defectuoase de locuit (x^2 = 8,12 P 0.05). Tendinţele impulsive — epileptoide se asociază cu somnul neodihnitor (x^2 = 20,54 P 0.01), timpul liber petrecut cu activităţi obositoare (x^2 = 5,81 P 0.05) şi oboseala (x^2 = 8,41 P 0.05). Tendinţele către instabilitate apar în relaţie cu condiţiile deficitare de locuit (x^2 = 7,29 la P 0.05), iar fluctuaţia latentă este determinată şi de tendinţele antisociale egocentrice (x^2 = 3,17 P 0.010).

La testul de frustraţie Rosenzweig vom analiza influenţa factorilor pe indice de conformitate cu grupul, profile, patterns şi tendinţe. Astfel, subiecţii cu un indice de conformitate cu grupul social scăzut, cu un procent de eroare de 10%, prezintă un slab ataşament la meserie (x^2 = 5,13), o slabă adaptare la munca în ture (x^2 = 4,67) şi oboseală accentuată (x^2 = 4,61). La „profile", răspunsurile extrapunitive crescute se asociază cu fluctuaţia latentă (x^2 = 5,35 P 0.10) cele instructive cu oboseală (x^2 = 4,93 P 0.10) şi timp liber petrecut în mod neodihnitor (x^2 = 3,71 P 0.10). Răspunsul de dominanţă a obstacolului cu valori crescute se află în relaţie cu nemulţumirile la locul de muncă (x^2 = 6,66 P. 0.10) iar cele de apărare exagerată a Eu-lui sînt asociate cu slab ataşament la meserie (x^2 = 5,81 P 0.10) şi fluctuaţie latentă (x^2 = 3,08 P 0.10). Dintre patterns-ele de răspuns, pattern-ul „e" (persistenţa trebuinţei extrapunitive) apare în relaţie cu modul de petrecere a timpului liber (x^2 = 9,84 P 0.01), factor care influenţează şi pattern-ul „m" (persistenţa trebuinţei impunitivă) — x^2 = 3,64 P 0.10, de asemenea, pattern-ul „I" (apărarea Eu-lui intrapunitivă) ca şi la profile apare asociat cu slab ataşament la meserie (x^2 = 7,56 P 0.05).

În ceea ce priveşte tendinţele, evidenţiem : condiţiile de locuit deficitare duc la creşterea răspunsurilor intrapunitive de apărare a Eu-lui (x^2 = 6,50 P 0.05) şi impunitivă (x^2 = 5,41 P 0.10) ; somnul neodihnitor determină reacţii de apărare extrapunitivă a Eu-lui (x^2 = 6,56 P 0.05) ; timpul liber obositor face să crească răspunsurile de dominanţă a obstacolului (x^2 = 3,03 P 0.10) făcînd să scadă răspunsurile de apărare a Eu-lui (x^2 = 5,44 P 0.05) şi de persistenţă a trebuinţei (x^2 = 3,33 P 0.10). Nemulţumirile familiale duc la creşterea modalităţilor intrapunitive de apărare a Eu-lui (x^2 = 3,86 P 0.05) şi de dominanţă a obstacolului (x^2 = 2,72 la P 0.10) reducînd răspunsurile impunitive (x^2 = 7,36 P 0.01). Nemulţumirile la locul de muncă cresc cota răspunsurilor de apărare evagerată a Eu-lui (x^2 = 5,91 la P 0.05), o bună adaptare la munca în ture făcînd să scadă numărul acestui tip de răspunsuri (x^2 = 4,89 P 0.10) precum şi răspunsurile extrapunitive de dominanţă a obstacolului (x^2 = 6,50 P 0.05). Subiecţii cu un număr semnificativ crescut de tendinţe se asociază cu condiţii deficitare de locuit (x^2 = 6,02 P 0,05) şi sînt marcaţi de oboseală (x^2 = 5,41 P 0.10).

Cunoaşterea acestor influenţe dintre factorii psihosociali şi profesionali şi diferite aspecte ale personalitţi, pe lîngă importanţa lor teoretică ne ajută atît la explicarea apariţiei unor fenomene de dezadaptare şi stabilirea unei strategii în activitatea de recuperare a celor dezadaptaţi, cît şi în acţiunile de profilaxie a sănătăţii mintale.

Utilising a psycho-social check -linst on 176 worerns from a knit goods industry, concerning some psycho-social and profesional factors, there were analysed the obtained responses in relation with the data of some personality tests (the C. A. Neymann and K. D. Kohlstedt intro-extraversion test, the Schimiescheck personality test, the Woodworth-Mathews neurotic tendences test and the Rosenzweig frustration test).

The relations between various factors were statistically veriefied by and „p" up to 0,10. Thus, it is observed that all mentioned tests are significantly influenced by the psychosocial and professional investigated factors.

ROLUL IDENTIFICARII ÎN STĂRILE PARTICULARE DE CONŞTIINŢĂ ŞI RELAŢIILE LOR CU ACTIVITATEA INFRACŢIONALĂ

I. Varadi-Goia, P. Oprean
— Braşov

Starea de conştiinţă în sens medical şi psihiatric, poate fi caracterizată din punct de vedere cantitativ şi calitativ.

Fazele intermediare de la starea de veghe pînă la coma profundă caracterizează nivelurile cantitatitve de tonus, de luciditate şi de vigilitate a funcţiilor psihice în ansamblu, interesînd perturbarea globală a cîmpului conştiinţei şi corespund fiziologic cu activitatea circuitelor nervoase complexe privind sistemul reticular activator ascendent şi cel centrencefalic al lui Penfield.

Conştinţa, din punct de vedere calitativ, presupune existenţa unui nivel optim de funcţionare nervoasă. Ea este o funcţie de sinteză a vieţii psihice şi este influenţată de integritatea funcţională a psihismului în ansamblu. Astfel conştiinţa sintetizează caracterele individuale momentane ale afectivităţii şi gîndirii, influenţînd în acelaşi timp calitatea percepţiilor şi memoriei prin dirijarea orientării acuității și volumului atenției.

Stările calitative ale conștiinței sînt calificate prin sinteza funcțiilor psihice în sens structural în cadrul prezentării actuale a lumii subiective și obiective în care se evidențiază viața psihică la un moment dat, desfășurată cu maximum de intensitate. În acest context se desfășoară reflectarea și identificarea propriei ființe în raportul ei cu mediul din jur, în spațiul și timpul respectiv.

Trăirea reflectării și identificării propriei existențe, sau trăirea din punct de vedere afectiv și ideativ a autorecunoașterii, este caracteristica principală a conștiinței în sens calitativ și se realizează delimitînd și diferențiind structural propria persoană în sens bio-psiho-social, de ceea ce nu-i aparține.

Această identificare, spre deosebire de înțelegerea psihanalitică a noțiunii, este rezultatul dezvoltării psihice în sens filogenetic, care se repetă însă în sens ontogenetic, al transformării omului dintr-o ființă biologică inconștientă într-o ființă psihosocială conștientă. Astfel, omul are și o parte inconștientă provenind din biologicul lui și din experiențele perioadei timpurii a vieții, care însă prin evoluție se conștientizează treptat.

Dezvoltarea memoriei și a vieții afective au făcut posibile diferențierea și trăirea calitativă a acelor senzații și impresii care au izvorît din propria ființă, reprezentînd funcțiile biologice ca prezența socială cu acțiuni intermitente și variate. Prin gîndire are loc legarea acestora sub forma informațiilor într-un sistem ierarhizat mintal, în funcție de posibilitățile de dezvoltare și în același timp, de păstrare a echilibrului intern, respectînd totodată principiul realității prin corectarea operațiilor mintale în urma confruntării lor cu mediul obiectiv.

În acest cadru, identificarea conștientă cu persoana proprie se desfășoară progresiv și dinamic, în timp și spațiu, bazîndu-se pe senzații interne și percepții din mediul extern selectîndu-le pe bază de asemănare și diferențiere, după comprehensibilitate, în funcție de principiul atracției și respingerii afective (plăcere-neplăcere), delimitînd individul și trăind afectivo-ideativ în conștiința sa existența proprie.

Astfel, identificarea la persoanele normale, dă expresia unității transformării lor în spațiul și trăirea continuității existenței acestora în timp, fiind o punte de legătură armonică în conștința individului între experiențele trecutului și trăirea subiectivă actuală pentru proiectarea și determinarea acțiunilor în viitor.

Conștiința operează dinamic, orientîndu-se atunci și acolo, în timp și spațiu, cînd și unde este necesar, pentru păstrarea echilibrului intern, conform adaptării bio-psiho-sociale momentane, avînd strînsă și directă legătură cu prezentul subiectiv, raportînd influențele interne și externe la poziția propriei persoane, în același timp energizînd, activizînd și mobilizînd trăirile anterioare din subconștient. Acestea devin conștiente, legîndu-se de percepțiile actuale, modelînd în permanență trăirea prezentului în funcție de necesitățile raportului de interinfluențe reciproce între persoana respectivă și mediul din jur, păstrînd în același timp homeostazia funcțiilor psihice.

Identificarea conștientă intervine în reglarea circuitelor de interinfluențare reciproce dintre persoană și mediul ei, stabilizînd necesarul optim pentru existența și dezvoltarea sa, privind atît influența psiho-socială cît și răspunsul comportamental.

Pentru desfășurarea echilibrată a proceselor de identificare conștientă sînt necesare anumite condiții privind starea biologică a persoanei, nivelul și caracteristicile proceselor ei psihice și caracterul influențelor sociale.

După intensitatea, durata de existență, și flexibilitatea trăirilor subiective conștiente reflectate din mediul intern și extern, se deosebesc grade diferite de identificare, avînd în vedere importanța și necesitatea lor în existența persoanei.

Se disting, după treptele de constituire a persoanei, trei nivele principale la care se referă identificarea: nivelul biologic, psihic și social. Identificarea biologică este trăirea autorecunoașterii corporalității proprii, cu toate caracterristicile ei privind vîrsta, sexul, aspectul exterior și funcționalitatea organelor interne. Identificarea psihică se referă la trăirea conștientă a încadrării sale din punct de vedere afectiv și ideativ în rolul corespunzător din relațiile interumane directe. Caracterele ierarhice și valorice ale conținutului conștiinței referitor la mediul obiectiv în ansamblul, în care cadru raportul privind poziția individului în societatea dată, califică conștiința sa socială cu diferitele ei forme — politică, juridică, morală, filozofică, etc. — în funcție de gradul de identificare a insului cu sistemul de sentimente și idei față de relațiile existente din domeniul respectiv.

Identificarea fiind un atribut al conștiinței, tulburările acesteia atrag modificări privind structura calitatvă a conștinței în ansamblu. Tulburările identificării biologice și psihice, fiind fundamentale vizează modificarea patologică a conștiinței persoanei și se răsfrînge și asupra identificării sociale, putînd determina o activitate antisocială infracțională. Din punct de vedere juridic însă, aceste persoane sînt iresponsabile deoarece faptele lor nu constituie infracțiuni, chiar dacă sînt prevăzute de legea penală, lipsind factorul de vinovăție întrucît, cum indică art. 48 C.P., „nu putea să-și dea seama de acțiunile sau inacțiunile sale, ori nu putea fi stăpîn pe el". Spre deosebire de aceste cazuri, cînd discernămîntul este abolit, în situația săvîrșirii infracțiunilor de către persoane psihic normale, prin faptul comiterii acestor acțiuni antisociale se evidențiază o modificare a identificării privind conștiința lor socială, fără ca discernămîntul lor să fie afectat. Constatarea obiectivă a acestor modificări ale identificării, precum și aprecierea diferitelor lor grade de intensitate, rezultă prin evidențierea anumitor caractere ale relației persoană—infracțiune: importanța socială a valorii lezate, modalitatea de executare a infracțiunii și atitudinea reactivă a infractorului după săvîrșirea faptei.

În acest context, stările particulare ale conștiinței se traduc prin modificări de scurtă durată — cu caracter accidental, sau de lungă durată — caracterizînd persoana, ale identificării conştiente a individului în mediul social dat, avînd legătură directă cu activitatea infracţională fără ca din punct de vedere psihiatric să se poată vorbi de o stare patologică a conştiinţei, fapt pentru care discernămîntul este păstrat.

Prin conceptul de identificare conştientă a insului cu relaţiile sociale în care se află, sintetizînd o gamă largă de la trăiri subiective de acceptare şi comportamente corespunzătoare, pînă la cele contrarii regulilor acceptate în mediul social, se evidenţiază comprehensibil diferenţa privind caracteristicile structurale ale conştiinţei sociale a persoanelor care se încadrează armonic în societate, faţă de cele care comit infracţiuni.

In infracţiunile contra persoanei şi în special în omucidere (art. 174—179 C.P.) se constată o modificare accentuată a identificării conştiente a făptuitorului cu discernămînt păstrat prezentînd totodată o stare particulară a conştiinţei care se referă la acţiunea de anihilare totală a victimei respective, stare particulară care eclipsează echilibrul şi integritatea conştiinţei sale sociale în ansamblu.

In acest cadru, caracterele stărilor particulare ale conştiinţei prin prisma identificării, sînt hotărîtoare în adaptarea socială a persoanei, inclusiv privind activitatea infracţională a acelora care au discernămînt păstrat.

Prin evidenţierea acestor modificări şi fisuri în structura psihică a persoanei, legată de starea particulară a conştiinţei în sensul susmenţionat, care duc la exprimarea potenţialului infractogen, s-ar putea organiza o luptă mai adecvată în privinţa prevenirii infracţiunilor şi a reeducării făptuitorilor.

The self identification, or the affective and ideative self recognition, is the main characteristic of consciousness in a qualitative sense, and is acheived by structural delimitation of self, in a bio-psycho-social meaning.

Identification as a consciousness attribute when is disturbed, induce modification regarding qualitative structure of consciousness on the whole.

Normal people with delinquent behaviour shows modifications of social consciousness identification, without modification of they power of discernment.

The concept of consciousness social identification with his broad range of feeling of acceptance and adequate social behaviour, explain in a comprehensible way, the differences between the structural characteristics of the social conscience of the persons with harmonical social integration in comparison with the delinquent behaviour.

The peculiar states of consciousness represents modifications of conscient social identification in direct conections with delinquent behaviour, but from a psychiatric point of view, without pathological state of conscience, so the power of discernment is unaltered.

We can acheive a more effective way to prevent or reeducate the delinquent, by taking into account the relation between the structure of a person and his peculiar state of consciousness, in the meaning we gave it above.

SEMINŢELE DE CANNABIS SATIVA L, SOIUL KRASNODARSKAIA 35, IMPLICATE ÎN INTOXICAŢII ALIMENTARE CU UNELE SIMPTOME NERVOASE

Margareta Cocişiu, H. Aizicovici, M. Cotrău, I. Buzdugan, L. Nechita, C. Simionescu, C. Oană, Dragomirna Alexandru

— *Iaşi*

In ziua de 24 decembrie 1975, au fost internate în două unităţi spitaliceşti, una de adulţi şi cealaltă de copii, 32 de persoane (24 de adulţi şi 8 copii provenind din familiile adulţilor respective) pentru simptome de intoxicaţie alimentară.

Cei 32 de bolnavi proveneau din satele Ţibăneşti (15 persoane), Probota (7 persoane), Movileni (6 persoane), Popricani (1 persoană) şi din Iaşi (3 persoane). 25 de cazuri de intoxicaţie au fost familiale — numărul de cazuri din aceeaşi familie variind între 2 şi 5 iar 7 individuale. Din cei 32 de bolnavi, 13 au fost de sex masculin, 19 de sex feminin; vîrsta la adulţi a variat între 21 şi 67 ani, iar la copii între 2 ani şi două luni şi 12 ani.

Toţi bolnavii au incriminat drept cauză a îmbolnăvirii consumul de turte cu julfă (preparate cu seminţe de cînepă obţinute din comuna Ţibăneşti).

Perioada de incubaţie a variat între 30 de minute şi 10 ore, în marea majoritate a cazurilor fiind de sub 2 ore.

Simptomatologia prezentată a fost după cum urmează:

Simptome digestive — greţuri la 15 bolnavi din 32, vărsături 7/32, dureri epigastrice, abdominabile sau faringiene la deglutiţie 8/32, pirozis 2/32, uscăciunea mucoaselor 6/32.

Simptome nervoase: ameţeli, vertije 25/32, cefalee 12/32, tulburări de echilibru 5/32, agitaţie psihomotorie 4/32, halucinaţii vizuale şi auditive 3/32, somnolenţă 3/32, tulburări de vedere 3/32, parestezii 2/32, tremurături 2/32, dezorientare în timp şi spaţiu 1/32, dizartrie 1/32, amnezie 1/32.

Alte simptome: transpiraţii profunde 2/32, extrasistole 2/32, congestia scleroticelor 1/32.

Majoritatea bolnavilor au fost afebrili şi numai cîţiva subfebrili (37°C). De menţionat că starea generală a copiilor internaţi a fost mult mai bună decît a adulţilor, ei prezentînd numai somnolenţă sau nesiguranţă în mers.

Diferitele examene de laborator efectuate (hematologice, probe hepatice etc.) n-au relevat modificări patologice.

Tratamentul bolnavilor adulţi a constat din : spălături gastrice, diureză osmotică, antispastice, calciu gluconic, perfuzie cu ser glucozat. Copiii au fost ţinuţi sub observaţie fără a li se administra un alt tratament decît simptomatic.

Evoluţia clinică : n-au apărut complicaţii, majoritatea bolnavilor fiind externaţi după 24—48 ore (un bolnav după o zi, 18 după 2 zile, restul după 3—6 zile).

La spitalul de adulţi s-a pus diagnosticul de *intoxicaţie acută cu insecticide organoclorate* în baza simptomelor (?) şi a unor examene de laborator neconcludente (reacţia de identificare a pesticidelor organoclorate prin determinarea clorului organic în lichidele de vomismente provenite de la doi bolnavi).

La spitalul de copii s-a pus acelaşi diagnostic în baza informaţiilor obţinute de la spitalul clinic de urgenţă, fără ca simptomatologia atenuată prezentată de copiii internaţi să pledeze pentru un asemenea diagnostic.

La sesizarea CSA jud. Iaşi şi apoi la indicaţia IISC din Ministerul Sănătăţii ne-am deplasat în ziua de 25 decembrie 1975 la cele două unităţi spitaliceşti pentru ancheta epidemiologică. Din datele obţinute de la bolnavii care erau în curs de externare, am tras concluzia că simptomatologia descrisă nu pleda pentru diagnosticul de intoxicaţie cu insecticide organoclorate, majoritatea bolnavilor relatînd că au prezentat tulburări psihice accentuate, în special stare de agitaţie (parcă erau nebuni), halucinaţii vizuale şi auditive, dezorientare în timp şi spaţiu. În foile de observaţie ale unităţilor spitaliceşti era notat că, sămînţa de cînepă fusese tratată cu insecticide organoclorate, ori, din ancheta efectuată de noi a rezultat că s-au utilizat tratamente cu insecticidele organofosforice Sumithion şi (sau) Wofatox, în cursul perioadei iulie—august. Ori reziduurile de insecticide organofosforice se descompun după aproximativ 14 zile şi nu puteau determina intoxicaţie acută după peste 4 luni de la ultimul tratament.

Analiza unor probe de seminţe de cînepă recoltate de la bolnavi, ca şi a probelor de julfă găsită la familiile care au prezentat cazuri de intoxicaţie, n-a relevat prezenţa de paration sau de insecticide organoclorate.

Din informaţiile obţinute de la organele agricole a rezultat că în zona unde s-au înregistrat intoxicaţiile cu julfă, s-a cultivat, pentru prima oară în cursul anului 1975, un soi nou de cînepă şi anume Cannabis Sativa L soiul Krasnodarscaia 35 (K 35) (importat din URSS), care se deosebeşte de soiul folosit pînă atunci (Fibra Multa 151).

Întrucît organele agricole ne-au informat că soiul Krasnodarskaia 35 a fost cultivat şi în zona Bivolari jud. Iaşi ne-am deplasat în această localitate pentru a cerceta dacă există obiceiul de a se prepara de crăciun turtă cu julfă şi dacă nu s-au înregistrat cazuri de intoxicaţie în urma consumului de julfă. Din ancheta efectuată de noi a rezultat că în comuna Bivolari unele familii consumă în perioada sărbătorilor de iarnă julfă şi de aceea am controlat foile de internare de la spitalul din Bivolari constatînd că în ziua de 24 decembrie 1975 au fost internaţi 6 bolnavi care prezentaseră epigastralgie, greţuri, cefalee, somnolenţă, ameţeli — toţi afebrili. Diagnosticele puse au fost fie sindrom nevrotic, fie gastroduodenită iar tratamentul a fost simptomatic (vitamina C, gluconat de calciu, meprobamat). Cinci dintre bolnavi au fost externaţi după 24 de ore, iar al 6-lea după 48 de ore. Vizitînd la domiciliu foştii bolnavi am aflat că toţi consumaseră julfă cu 3/4 oră — 3 ore înainte de prezentarea tulburărilor care au constat din : stări asemănătoare cu beţia, tulburări de echilibru, halucinaţii vizuale (statui), dublarea imaginilor, ceaţă în faţa ochilor etc. O mare parte a membrilor adulţi ai familiilor bolnavilor au prezentat simptomatologie similară sau mai atenuată, iar copiii mici au dormit profund mai multe ore (unii pînă la 24 de ore). De asemenea, din discuţiile purtate cu foştii bolnavi a reieşit că şi unii din vecinii care preparaseră julfă au prezentat halucinaţii. În total au prezentat stări de intoxicaţie, în afară de cei 6 bolnavi internaţi, încă 8 persoane (membri de familie ai bolnavilor sau vecini).

Aprofundarea anchetei epidemiologice a relevat că în comunele menţionate au fost înregistrate şi alte numeroase cazuri de îmbolnăvire care nu au fost internate în spital şi care s-au vindicat fără tratament simptomatic. În comunele în care s-a cultivat soiul de cînepă utilizate şi în anii anteriori (Fibra Multa 151) nu s-au înregistrat cazuri de intoxicaţie prin consum de julfă.

Deoarece simptomatologia prezentată de bolnavi era similară cu cea descrisă la intoxicaţiile cu unele varietăţi de Cannabis Sativa L. din care se prepară marijuana şi haschichul, am preparat în laborator julfă atît din seminţe de cînepă din soiul Fibra Multa 151 (obţinut de la organele agricole), cît şi din seminţe soiul Krasnodarscaia 35, găsite la bolnavi. Cele două probe de julfă au fost analizate prin metoda Duquenois-Negm (după R. Fabre, Leçons de toxicologie) pentru prezenţa de canabinol, utilizînd ca etalon un extract de haschich. S-a stabilit că proba de julfă preparată din seminţele de cînepă din soiul Krasnodarscaia 35 conţine, 1,6 g% haschich, la proba de julfă preparată din soiul Fibra Multa 151 reacţia fiind negativă.

Dintr-un raport recent al OMS şi o lucrare a lui Mechoulam rezultă că produsele psihotrope obţinute din Cannabis Sativa L sînt în prezent folosite pentru scopuri hedoniste de 200—300 milioane de oameni.

Preparatele de Cannabis care conţin frunze şi inflorescenţe terminale (în unele cazuri cuprinzînd şi seminţe de cînepă) sînt denumite *marijuana*. Preparatele care conţin inflorescenţele terminale — fără frunze se numesc *ganja* — iar cele care cuprind răşinele extrase din frunze şi inflorescenţe poartă denumirea de *haschich*.

Principiile active ale acestor produse nu erau cunoscute pînă în 1964 cînd au fost izolate în stare pură și structura lor precizată de către Gaoni și Mechoulam). Constituienții chimici ai Cannabis Sativa L. sînt foarte complexi. Ei cuprind, pe de o parte, un grup special de substanțe denumite Cannabinoide la care se adaugă materii ceroase, amidonoase, terpene, uleiuri și alte elemente încă neidentificate.

Principalii canabinoizi sînt trans Δ9 tetrahidrocanabinol (sau trans Δ1 THC) trans 8 tetrahidrocanabinol (sau trans Δ6), acidul trans 9 — tetrahidrocanabinolic (acid THC), canabinolul și canabidiolul. Trans Δ9 (sau 1) tetrahidrocacnabinolul este principiul cel mai important din punct de vedere al cantității și activității, trans Δ8, fiind și el activ, dar prezent în cantități mult mai mici. Acidul tetrahidrocanabinolic nu este activ pe cale bucală, dar cînd este fumat se transformă parțial în trans Δ9 și trans 8. Cît privește canabinolul și canabidiolul au slabă psiho-activitate, dar se găsesc în cantități importante.

Folosindu-se trans Δ9 THC s-a reușit să se reproducă majoritatea efectelor determinate de Canabis sau de extractele sale la om și de aceea i se atribuie în principal activitatea acestor produse. Se consideră că marijuana ar conține 1% Δ9 THC, ganja 3%, iar haschichul 5%. Conținutul hașișului în Δ9 THC a fost găsit că variază de la 1 la 15% cu o medie de 5%. Semințele de cînepă conțin și ele substanțe psiho-active dar în cantități reduse.

Doza orală eficace de Δ9 THC este de 50—200 iar în cazul fumatului 25—50

Hallister și colab. efectuînd cercetări pe 17 voluntari cărora le-a administrat Δ9 THC 300—900 corp pe cale orală a constatat următoarea simptomatologie după 30 de minute de la administrare : — greață, dureri epigastrice ; — vertije, amețeli ; — parestezii ; — somnolență ; — cefalee ; — amorțeli ; — tremurături ; — anxietate ; — depersonalizare — iluzia dublei personalități ; — tulburări de memorie ; — lipsă de autocontrol ; — senzație de căldură și de frig.

Unii autori semnalează că în cazul ingerării (sau fumării) unor cantități mai mari de produse preparate din Cannabis se ajunge la reacții psihotoxice acute caracterizate în principal printr-o gîndire confuzo-onirică, iluzii, halucinații, depersonalizare agitații și excitații. La unii subiecți s-a constatat o puternică anxietate și o frică — panică de a deveni nebun.

Simptomele similare unei intoxicații acute se pot produce la unele persoane chiar după priza unei singure țigarete, mai ales la începători.

Perioada de „incubație" pînă la manifestarea tulburărilor variază în raport cu doza și calea de administrare.

La fumători, în schimb, efectele se pot manifesta chiar și la 1 minut după primele bufee. Efectele dispar de obicei după 3—4 ore de la fumat și după 8, ore de la ingestie, dar se citează cazuri cînd au persistat 1—3 și chiar 7 zile.

Din cele redate în prezenta comunicare preliminară se poate constata o mare similitudine între simptomatologia descrisă în cazurile de intoxicație acută cu produse obținute din Cannabis (indica) și cea prezentată de majoritatea bolnavilor care au consumat julfă.

Desigur că se ridică două probleme :

a) — întrucît conținutul de substanțe psiho-active din semințele de cînepă este redus, cum s-a putut produce intoxicația ? S-ar putea răspunde fie că soiul Krasnodarskaia ar putea conține cantități mai ridicate de substanțe psihotrope decît alte soiuri, fie că ingestia de julfă preparată din cantități mari de semințe ar putea aduce cantități suficiente de substanțe psihoactive care să determine fenomenele de intoxicație.

b) Reacția Duquenois — Negm, deși oferă o înaltă probabilitate de identificare a drogului, nu oferă deplina certitudine pentru decelarea substanțelor celor mai active, în special a trans Δ 9 TCH. În acest scop ar fi absolut necesară obținerea de etaloane de Δ 9 TCH, Δ 8 TCH și a celorlalți compuși principali din Cannabis.

În acest caz s-ar putea utiliza pentru identificarea principiilor psihoactive fie metoda cromatografiei în strat subțire (cu ajutorul Rf-ului fiecărei substanțe) fie metoda de elecție, care este cromatografia gaz-lichid.

Deoarece, în următorii ani s-au înregistrat cazuri asemănătoare de intoxicații prin consum de julfă, atît în județul Iași, cît și în județul Botoșani (58 cazuri în 1977), se impune o acțiune de educație sanitară a populației pentru a se opri consumul de turte cu julfă în zonele în care se cultivă soiul K 35.

On the 24 of December 1975 have been hospitalized in two hospital establishments from Iassy country, a number of 32 persons with syptoms of food intoxications.

All sick persons charged as cause of the sickness, the consumption of bread prepared with hempen seeds. Because of the syptoms manifested in the sick persons were similar with those described in the intoxications with some varieties of L. Sativa Cannabis used for preparing of the haschich and marijuana, have been analysed the samples of hemp seeds descovered in the sick persons establiding they contain psycho-active substances (canabinoids) which are the component of the haschich.

From the informations delivered by the agricultural authorities, have resulted that in the areas where the intoxications with hemp seeds have been registered, for the first time, have been cultivated during 1975 year, a new variety of hemp L. Sativa Cannabis 35 Karsnodarskaia variety, which was differed of the variety used till then (Multa fiber 151).

Since in the following years have been registered the same intoxications in the others countries too, it is necessary an health education of the population for stopping of the hemp seeds consumption in the areas where the K. 35 variety is cultivated.

DESPRE FACTORII PSIHOPOLUANŢI ŞI UNELE PROBLEME DE INTEGRARE SOCIO-PROFESIONALĂ ALE TINERETULUI STUDIOS DIN MUNICIPIUL PITEŞTI

Victoria Irimia, Speranţa Popescu, Lucica Popescu
— *Piteşti*

Integrarea socială a tineretului primeşte dimensiuni marcate, definitorii, calitativ superioare pe tărîmul dezvoltării economice şi sociale din anii socialismului în ţara noastră.

La Congresul al XII-lea al P.C.R., se subliniază necesitatea îmbunătăţirii continue şi adaptării învăţămîntului la ritmul grandios al dezvoltării României în cincinalul următor.

În acest context liceele, institutele de învăţămînt superior, trebuie să asigure pe lîngă instrucţia de cultură generală a tinerilor şi pregătirea pentru munca productivă, în spiritul profesiunii viitoare.

Personalitatea şi profesia sînt două realităţi între care trebuie să se stabilească un raport adecvat. Aceasta presupune o permanentă preocupare în direcţia cunoaşterii personalităţii tînărului şi a solicitărilor psihofiziologice în cadrul diferitelor profesiuni.

Aici distingem două aspecte : 1) unul legat de limitele psihofiziologice ale tînărului care, depăşite, pot antrena disconfort psiho-social şi 2) altul ce rezultă din efectele informaţiei supradozate pentru unele specialităţi şi incompletă pentru altele, dezvoltînd tendinţele de superficialitate.

In lucrarea de faţă ne-am propus să analizăm cîteva probleme legate de pregătirea profesională a tinerilor şi a posibilităţilor de integrare, de adaptare a acestora la cerinţele viitoarei profesiuni, pentru eliminarea fenomenelor cu potenţial psihopatogen.

Ipoteza de lucru. În condiţiile societăţii socialiste multilateral dezvoltate apare ca un imperativ al progresului creşterea nivelului de instrucţie şi educaţie. Aceste obiective implică adaptarea condiţiilor privind orientarea profesională conştientizată, inovaţii ale sistemelor de trecere de la o formă de studii la alta, dozarea ştiinţifică a fluxului informaţional, prin antrenarea unui important număr de cadre şi eforturi competente.

Metoda de lucru. Am folosit tehnica chestionarului elaborat diferenţiat pe categorii socio-profesionale : elevi anul IV-licee de specialitate ; studenţi — primul an de studiu ; cadre didactice din liceu şi Institutul de Învăţămînt Superior — Piteşti.

Prezentarea eşantionului. Am luat în studiu un număr de 1015 subiecţi dintre care :

— elevi anul IV de la Liceul matematică-fizică (N. Bălcescu), Liceul Industrial Construcţii Maşini, Liceul Industrial de Construcţii Utilaj Chimic şi Liceul Industrial de Chimie = *Total 446 subiecţi.*

— studenţi anul I la Institutul de Învăţămînt Superior Pedagogic Piteşti şi Facultatea Tehnică—Construcţii Maşini (ingineri) = *Total 110 subiecţi.*

— cadre didactice de la liceele sus menţionate — 70 subiecţi şi cadre didactice de la I.I.S. — Piteşti — 20 subiecţi = *Total 90 subiecţi.*

— părinţi ai elevilor anchetaţi = *Total 369 subiecţi.*

Prezentarea datelor. Am grupat problematica sondajului pe următoarele aspecte :

1 — Sfera motivaţională — orientarea comportamentului tînărului în diferite împrejurări şi furnizarea energiei necesare desfăşurării acestuia.

În acest sens ne-am interesat de mobilul opţiunilor profesionale pe următoarele categorii :

Tabel nr. 1

Nr. crt.	Categoria motivaţională	Procent
1	Atracţia pentru o anumită profesie (op. chimist, electromecanic, lăcătuş mecanic, mecanic auto, vopsitor, tinichigiu auto, profesor, inginer)	59,8%
2	Întîmplarea (dezinteres)	17,2%
3	Reprofilarea liceului	8,8%
4	Admitere mai uşoară (comoditate)	9,7%
5	Apropierea de domiciliu	5,2%
	Total (2—5)	40,2%

Acest procent de 40,2 apare surprinzător de mare, implicînd de fapt tineri care nu se orientează după propria iniţiativă mai ales în sistemele de învăţămînt liceeal, fapt care împietează ulterior şi asupra alegerii unui institut de învăţămînt superior, a unui drum în viaţă în general. Referindu-ne la aceasta gîndim şi la unii tineri care sînt ţinuţi acasă de părinţi pentru a fi pregătiţi în vederea admiterii în învăţămîntul superior ani în şir.

2 — Nivelul de informare profesională — Cantitatea de cunoştinţe pe care le posedă elevii despre diferitele profesii.

Remarcăm o creştere considerabilă a gradului de informare profesională oferită prin intermediul angajării familiei, munca şcolară, activităţile extraşcolare (52,9%), dar o bună parte a tinerilor 47,05% sînt puşi în situaţia de a-şi alege profesiunea fără a deţine informaţii corespunzătoare, ci doar idilice. În acest context liceul industrial nu este încă de către toţi elevii drept calea conducătoare spre viitoarea profesiune, ci o etapă „strategică".

3 — Nivelul general de cunoştinţe — Încercînd o fotografiere a zilei de lucru a elevului de anul IV, am observat că interesul acestuia gravitează în jurul cîtorva obiecte necesare pregătirii pentru bacalaureat şi admiterii în învăţămîntul superior (70,9%). Interesul pentru literatură, artă, în general pentru ştiinţe social-umaniste, probleme de viaţă ale tînărului rămîn doar un deziderat dorit dar greu de urmat (29,1%).

În chestionarul nostru la rubrica „Observații personale și opinii“ am găsit propuneri de maximă importanță formulate astfel :

Tabel nr. 2

Nr. crt.	Propuneri formulate	Procent
1	Introducerea testărilor aptitudinale	68,8%
2	Introducerea unui număr corespunzător de ore pentru limbi străine	32,7%
3	Introducerea unui număr corespunzător de ore pentru istorie-geografie	23,4%
4	Introducerea unor ore de muzică, ansambluri (folclorice) corale	13,9%
5	Introducerea unui număr corespunzător de ore de sport, dansuri populare și moderne	20,3%
6	Introducerea unor ore de educație sexuală, diferențiat pe sexe	9,7%

4 — Existența unor factori cu potențial stressant pentru tineri :

a) — programa încărcată și necorespunzător dozată pe materii, astfel :

Tabel nr. 3

Elevii consideră :

Nr. crt.	Caracterizare	Procent
1	Programă încărcată	54,4%
2	Programă satisfăcătoare	45,5%
	Cadrele didactice consideră :	
1	Programă necorespunzător dozată pe materii	37,8%
2	Programă prea încărcată	30,5%
3	Abțineri	20,5%
4	Programă bună	11,2%

b) — dozaj unilateral prin meditații la una-două materii în vederea admiterii cu ajutorul material al familiei :

Tabel nr. 4

Dintre elevi	31,6%
Dintre studenții admiși	40,9%

Tabel nr. 5

Cheltuieli materiale în acest scop :

Nr. crt.	Valoare în lei/lună	Procent
1	Pînă la 1 000 lei/lună	25,5%
2	Între 1 000—3 000 lei/lună	29,7%
3	Între 3 000—5 000 lei/lună	30,9%
4	Peste 5 000 lei/lună	14,9%

c) — naveta 13,2%

d) — condiții mai grele de pregătire (gazdă, cămine aglomerate) aprox. 15%

e) — sistemul de trecere de la treaptă la alta în învățămîntul liceal și superior prin concurs este privit astfel :

— treapta I (admitere în anul I—liceu) este considerată necesară în 100% din răspunsuri.

— treapta II e considerată nesemnificativă și foarte dificilă psihologic — 32,2%, mai ales în condițiile generalizării învățămîntului de 10 clase — ceea ce permite trierea perfectă în treapta I.

— concursul de admitere în învățămîntul superior este privit cu neîncredere de 39,56% dintre elevi, cadre didactice și părinți sau respins chiar de 39,29% ca neobiectiv. Studenții admiși în anul I consideră acest concurs stressant și nefolositor în proporție de 75,33%. În proporție de aprox. 75% se opinează pentru anul I de baraj cu taxe.

De altfel departajarea la admitere în institutul de învățămînt superior relevă că dintre elevii cu medii între 7—10 reușesc doar în proporție de 58,3%, iar dintre cei mediocri (cu medii de 5—6) 41,6%. Raportul nu apare echitabil !!! Iar dintre studenții admiși cu medii mari la concurs nici 50% nu dau randamentul scontat.

f) — consultarea medicului psihiatru sau psihologului este sporadic deși este dorită de 48,2% dintre subiecți.

CONCLUZII

I — Sistemul motivațional al tînărului angajat în diferite forme instituționalizate de învățămînt, cu conștientizarea implicațiilor sociale ale viitoarei profesii, lasă încă de dorit.

II — Există posibilități concrete de îmbunătățire a programelor de învățămînt și a sistemului de trecere de la o formă de studii la alta, pentru excluderea fenomenelor de superficialitate sau dimpotrivă — supradozarea eforturilor psihice. Interesante propunerile de : — 1 — îmbunătățirea programelor școlare și selecției aptitudinale ; — 2 — renunțarea la concursul de treapta a II-a în învățămîntul liceal, cu creșterea implicită a ponderii pentru treapta I și — 3 — instituirea unui an I de baraj în învățămîntul superior cu taxe în limita unor medii stabilite și renunțarea la concursul de admitere pentru care unii părinți (52,2%) cheltuiesc și așa sume foarte mari de bani pentru meditații extrașcolare și nu întotdeauna cu succes.

III — Necesitatea angajării mai ample în școli, familie, institute de învățămînt superior a serviciilor psihosociale în vederea orientării tinerilor în viață prin studierea și anihilarea din timp a unor fenomene cu potențial psihopatogen pentru tînăra generație.

The authors start from the idea that under the conditions of the multilaterally developed socialist society the growing educational level is a major imperative of progress.

In the framework of an ample inquiry done by applying differentiated questionnaires on 1015 subjects

o fvarious socioprofessional categories (pupils, students, teaching staff, parents of the examined pupils), we have established the following :

1) — The motivational system of a young person involved in various institutionalized educational forms as well as his making himself conscious of the social implications of his future profession are still precarious.

2) — The existence of some concrete possibilities of improving carricula and the system of passage from one educational form to another.

3) — The necessity of a greater involvement in schools, family and higher education institutes of psycho-social services with a view to helping young people in finding their way in life, by studying and annihilating in due time phenomena which are potentially pathogenetic for the younger generation.

— Motivational system
— Potentially pathogenic phenomena

CERCETAREA UNOR FACTORI PSIHOSOCIALI AI SUFERINȚEI NEVROTICE ÎN INTREPRINDEREA DE CONFECȚII CRAIOVA

Al. Olaru, I. Balan, Maria Popescu, Maria Răduț
— *Craiova*

Colectivul Clinicii de psihiatrie Craiova, constatînd o frecvență crescută a cazurilor de nevroză cu incapacitate temporară de muncă (476 bolnave, reprezentînd 7,7% din totalul salariaților) la întreprinderea de confecții Craiova, în intervalul unui an (oct. 1977 — oct. 1978) și-a propus o cercetare a unor factori psihosociali, generatori ai acestor tulburări și a sugerării unor măsuri de diminuare-ameliorare a acestora.

Intreprinderea de confecții are peste 6000 angajați, în majoritate femei, confecționere calificate, cu școlarizare adecvată, de proveniență rurală recentă și cu media de vîrstă 25 ani. Intreprinderea prezintă o dotare tehnică specifică, cu grad crescut de mecanizare, cu ritm de muncă intens, în două ture diurne. Caracteristica muncii fiind monotonia, repetarea și rapiditatea aceleiași operații, ceea ce solicită un grad crescut de atenție, echilibru emoțional și colaborare, înțelegere și toleranță în relațiile interpersonale în microgrupul de muncă. Atît condițiile specifice muncii, cît și dinamica inter-relațiilor personale din grupul de muncă impun *situația psihică de constrîngere*. Condițiile de muncă ce produc constrîngerea sînt legate de relația om-mașină, de adaptarea la solicitările profesionale, la ciclul de muncă, la repetarea aceleiași operațiuni în acest ciclu. Relațiile interpersonale ce impun constrîngerea sînt legate de remunerarea după randament a echipei angajată în finisarea unui proces tehnic productiv, în care diversele operații depind una de cealaltă, prin efectuarea succesivă a sarcinilor date, calitativ, cantitativ și într-un timp determinat. Desincronizarea procesului tehnologic, ce ține de educația personală, de deficiențe în calificare și de o scădere a responsabilității, face ca situația de constrîngere să ducă la o stare de conflictualitate în grupul de muncă, remunerarea fiind dependentă de conlucrarea armonioasă a tuturor în realizarea sarcinii productive. Alături de disfuncțiile ergonomice, stările de conflictualitate extraprofesionale, însă cu ecou negativ asupra procesului muncii, constituind cauza majoră a suferinței nevrotice, se află în individ însuși (insatisfacții, nerealizări, traumatisme psihice etc.) și în ambianța sa imediată (familie, condiții de viață, de locuință, mentalitate, obiceiuri etc.), alcătuind grupa factorilor socio-culturali.

Sau luat două grupe, formate din cîte 45 muncitoare, cu o medie de vîrstă de 32 ani, din diverse sectoare productive, cu solicitări aproape identice. *Grupa experimentală* a fost compusă din muncitoare, diagnosticate pasiv cu *suferință nevrotică*, ce au beneficiat de asistență psihiatrică (tratament, consult, internare, concediu medical). *Grupa de control* a fost alcătuită din muncitoare ce nu au beneficiat pînă atunci de asistență psihiatrică. Componentele ambelor grupe au fost supuse *unui experiment*, ce a constat în aplicarea *chestionarului de temperament Guilford-Zimmerman, a chestionarului de tendințe, a testului de pusiuni Szondi* și a *unui chestionar sociologic* (de relații interpersonale, interesînd probleme psihosociale, profesionale și extraprofesionale). S-au notat date anamnestice privind afecțiunile somatice la data îmbolnăvirii a componentelor grupei experimentale și aprecieri asupra stării psihosomatice la grupa de control.

Formulele aplicate pentru calculul corelațiilor la chestionarul Guilford-Zimmerman au fost cele indicate în manualul de statistică psihologică (1967), de *I. Radu*

Elementele furnizate de celelalte mijloace de investigare asupra relațiilor existente între cele trei aspecte ale structurii personalității, exprimate de condiția actuală, condiția de funcționalitate și condiția de fond, au fost redate în trei tabele indică la grupa experimentală procente ridicate și semnificative a factorilor psiho-traumatizanți, a stărilor conflictuale și a reprezentărilor tardive (tensiune psihică prelungită, instabilitate emoțională, stări de insatisfacție etc.), în comparație cu grupa de control, unde procentajul este mai scăzut.

Concluziile cercetării indică — la muncitoarele Intreprinderii de confecții Craiova — un procent de îmbolnăviri nevrotice de 11,2, mai crescut față de acela depistat pasiv, 7,7. Muncitoarele ce au prezentat semne de suferință nevrotică se dovedesc în activitate cu o *fragilitate emotivă*, cu un ***dezechilibru temperamental*** și *afectiv* mai accentuat. În acest ***grup experimental*** s-a evidențiat următoarea formulă statistică : 50% au semne de suferință nevrotică, ce necesită asistență psihiatrică, 26% prezintă simple reacții psihologice față de situațiile conflictuale, în deosebi, familiale, 19% prezintă manifestări psihopatice de cronicizare nevrotică și 5% prezintă un refugiu toxietilic. Formula statistică a *grupei de control*, relevă la 24% un stadiu patologic potențial, de devenire nevrotică, la 13% structuri psihopatice și la 1% refugiu toxietilic. La acest grup de control, în cazul prezenței unor dificultăți de adaptare și chiar fără asistență psihiatrică, depășesc situațiile critice, au o mai bună capacitate de inserare în microgrup și dovedesc o modalitate de autoechilibrare prin activitate.

În debutul manifestărilor nevrotice *stressul social* are o participare de 70%, reprezentat, în majoritate, de stări conflictuale familiale. În afara *sociogenezei*, există și o *psihogeneză* a suferinței nevrotice, legată de trăirile penibile ale tensiunilor, ce duc la dezechilibru interior și la fragilizare a personalității prin implicarea nivelelor de elaborare conștientă, energetico-pulsional și neuropsihic elementar, ale vieții psihice. În unele cazuri există și o *somatogeneză* a suferinței nevrotice, generată de ecoul psihoafectiv al afecțiunii somatice.

Pentru diminuarea-ameliorarea factorilor de risc ai îmbolnăvirilor nevrotice la femei, încadrate într-o activitate productivă, cum este aceea de la Întreprinderea de confecții, se impun *măsuri psihosocioprofilactice și de recuperare.*

La angajare este necesară o *testare a coeficientului intelectual* și a *trăsăturilor de personalitate* în vederea unei optime *orientări profesionale.* Formarea într-o ramură a tehnologiei productive va fi adecvată capacității intelectuale și aptitudinilor individuale. Dacă examenul psihologic evidențiază un potențial nevrotiform, persoana vizată va fi îndrumată într-un loc de muncă cu risc minim al devenirii psihopatologice.

Laboratorul de ergonomie al întreprinderii are sarcina de a culege informațiile psihosociale ale angajaților, de a studia condițiile fiecărui sector de muncă și de a găsi soluții de minimalizare în ambele cazuri a devenirii nevrotice.

Măsurile de recuperare interesează angajatele cu program redus sau program normal, însă cu suferință nevrotică manifestă. Pentru acestea se vor creea locuri de muncă protejate, cu minim de solicitare psihofiziologică, pe o perioadă de timp anumită, la recomandarea medicului de specialitate și în acord cu medicul de medicina muncii din întreprindere.

Respectarea acestor recomandări, alături de tratamentul medicamentos și de psihoterapie, va duce la o eficiență productivă maximă și fără riscuri de îmbolnăvire a femeii încadrată în muncă, ce devine astfel elementul primordial al progresului social.

Autorii pornesc de la ideea că în condițiile societății socialiste multilateral dezvoltate, creșterea nivelului de instrucție și educație apare ca un imperativ al progresului.

În cadrul unui studiu de amploare realizat prin aplicarea unor chestionare diferențiate la un număr de 1015 subiecți de categorii socio-profesionale diferite (elevi, studenți, cadre didactice, părinți ai elevilor anchetați), am constatat următoarele :

1) Sistemul motivațional al tînărului angajat în diferite forme instituționalizate de învățămînt, cu conștientizarea implicațiilor sociale ale viitoarei profesii lasă încă de dorit.

2) Existența unor posibilități concrete de îmbunătățire a programelor de învățămînt și a sistemului de trecere de la o formă de studii la alta.

3) Necesitatea angajării mai ample în școli, familie, institute de învățămînt superior a serviciilor psihosociale în vederea orientării tinerilor în viață prin studierea și anihilarea din timp a unor fenomene cu potențial psihopatogen pentru tînăra generație.

Tabel nr. 1

CORELAȚII LA CHESTIONARUL G.Z.

Nr. crt.	Trăsături de personalitate corelate	Calcularea lui : Grupa experimentală		Calcularea lui : Grupa de control	
		R.	Ro.	R.	Ro.
1	Activism-autocontrol	0,83	1	0,14	0,82
2	Activism-ascendență	0,81	1	0,16	0,81
3	Activism-sociabilitate	0,82	0,75	0,19	0,87
4	Activism-cooperare	0,18	0,26	0,73	0,82
5	Autocontrol-sociabilit.	0,42	0,96	0,74	0,79
6	Autocontrol-cooperare	0,88	0,94	0,74	0,83
7	Sociabilitate-stabilitate emoțională	0,32	0,20	0,72	0,84
8	Stabilitate-emoțională cooperare	0,87	0.45	0,69	0,92

Tabel nr. 2

Nr. crt.	Condiția actuală	Grupa experimentală	Grupa de control
1	Factori psihici traumatizanți acuți	48%	39%
2	Stări tensionale, conflictuale și alți factori psiho-sociali	72%	44%
3	Reprezentări tardive ale factorilor traumatizanți	94%	27%
4	Stări de insatisfacții profesionale, familiale	88%	10%

Tabel nr. 3

Nr. crt.	Condiția de funcționalitate	Grupa experimentală	Grupa de control
1	Stări tensionale prelungite psihice anterioare	85%	41%
2	Stări tensionale în sfera instabilității	76%	60%
3	Factori toxici	5%	1%

Tabel nr. 4

Nr. crt.	Condiția de fond	Grupa experimentală	Grupa de control
1	Fragilizare pe fond cîștigat	32%	24%
2	Structurări patologice de personalitate	19%	13%

recuperare şi reintegrare-modalităţi şi posibilităţi actuale şi de perspectivă

LIFE AGAINST LIFE : THE PSYCHOSOMATIC CONSEQUENCES OF MAN-MADE DISASTERS

J. Bastiaans
— *Leiden*

Throughout human history life on earth has been threatened by all kinds of man-made disasters. In our time, man seems to have excelled himself in the creation of actual and potential disasters, the greatest of which have resulted from his ability to wage technologically powerful and totally destructive warfare.

The instruments of man, when turned against mankind, set off an almost inevitable chain of effects and events, not least of which are psychological. It is, however, only comparatively recently that we have developed the concepts and frameworks that make it possible to interpret and predict the psychic consequences of man-made disastern.

In the post-war period much attention has been devoted to the psychological, psychiatric, and psychosomatic consequences of war stress and the stress of concentration camps ; of late, the human consequences resulting from the hostile actions of terrorists, hijackers, and other persons taking hostages have added new dimensions to the problem of stress related to man-made disasters. This field of research has been largely a byproduct of World War II, since it was in the aftermath of that great catastrophic event that the urgency and dimensions of the problem became visible. Even then, we did not expect the effects to be either so long-lasting or so intense as we now know them to be ; and today we have no reason to believe that as traumatic events recede into the historical past, so will their psychological consequences.

Bastiaans (1957) first described the psychosomatic consequences of war stress. Based on observations of hundreds of survivors of World War II, many of whom were former members of underground resistance movements, Bastiaans placed his empirical findings within the general frameworks of Selye's (1951, 1974) stress theory and other relevant frameworks and concepts dominating the psychodynamic and psychobiological thinking of the time.

In this early research the concepts which we now accept — namely, the KZ — (concentration camp) syndrome, the survivour-syndrome, and the post-concentration camp syndrome — were not recognized. Psychosomatic syndrome formation did appear to be one of the aspects of the so-called delayed reactions to traumatizing stress. The latter effect was usually found in those highly self-controlled personalities who had expended considerable willpower and energy in trying to control, suppress, or repress the painful traumatic experiences of the war. Let us now look more closely at the dynamics of these psychological processes and their accompanying syndromes.

KZ-Pathology and Psychosomatic Syndromes

The KZ-syndrome is not a syndrome in the traditional sense of a combined formation of symptoms. In essence, it is really a process comprising four distinct phases, each of which is marked by the presence of different conventional syndromes. Table 1 illustrates these phases, as follows :

INSERT TABLE 1 ABOUT HERE

Phase 1 : The Shock Phase

The Shock Phase usually begins at the time of arrest, severe interrogation, ill treatment, and the first experience of life in prison or in a concentration camp. Extreme shock implies loss of consciousness ; somewhat less extreme shock may imply extreme depersonalization and ego-paralysis. In this phase of shock the self-defense mechanisms cannot be used. In those instances when consciousness has not been so significantly lowered, extreme feelings of powerlessness tend to dominante. These may be so overwhelming that at later stages they give rise to fixations in conscious or un conscious states of powerlessness.

Phase 2 : The Alarm Phase

The Alarm Phase, or contra-shock phase, is a condition of intra-psychic lability marked by all the signs and symptoms of psychophysiological arousal usually expressed in such symptoms as neurasthenia and extreme nervousness in combination with fear, sleeplessness, restlessness, and so forth. The main feelings in the Alarm Phase are pain, guilt, and shame. These emotions have a feedback as well as a warning function, insofar as they prepare the individual for his task of finding solutions to problems of adaptation and coping.

Phase 3 : The Aadaptation Phase

The Adaptation Phase can go in either of two directions : it may lead to a healthy adaptation, but it may also end in pathological mechanisms that prevent an adaptation to reality and the environment. The primary biological mechanisms are fight or flight mechanisms. Excessive flight may lead to states of depression, while excessive fight may lead to overt hostility or psychopathic aggressiveness. Controlled fight can also result in over-controlled and coping behavior, which leads in turn to psychosomatic syndromes are usually the consequences of forced adaptation.

Phase 4 : The Exhaustion Phase

Phase 4, characterized by exhaustion, is usually reached when adaptation or coping procedures have succeeded. In this phase the subject experiences symptoms of asthenia, tiredness, and general weakness, in combination with a diversity of phenomena common to psychological and psychosomatic regression. Table 2 outlines the major features of the KZ-syndrome.

INSERT TABLE 2 ABOUT HERE

Under conditions of war stress, soldiers and former inmates of prisons and concentration usually come home in a state of complete exhaustion. While some of these persons try to resume work and normal activities as soon as possible after an initial period of bodily recovery, many others require more time for revalidation. The second group is psychologically less endangered than the first group because the excessively early hyperactivity of the first group frequently gives rise to psychic and psychosomatic decompensation in later years.

Between Phase 2 and Phase 3 there is usually a symptom-free interval that is seldom present between phases 3 and 4. This interval has been described as the „deceiving“ latent period that successfully hides the causal relationship between the initial and the lather phases of the KZ-syndrome.

Nowadays the Netherlands is very experienced in dealing with the problems of war victims, and especially with the victims of World War II, of whom more than 100 000 are still alive. Of this number there are many who have been invalidated for a considerable length of time. Only the strangest, most of whom are now between the ages of 50 and 70 years, have managed to survive wihtout serious impairment During the last few years the members of this group have been decompensating both mentally and phsysically.

Morbidity is higher in war victims as compared to other groups who have not been exposed to the stresses of man-made disasters. It has not, however, been proved that their mortality rate is any higher than that of other groups unaffected by such disasters. This is an amazing fact that can probably be explained by the relatively protected and isolated situations in which such victims now live. In their efforts to avoid the bombardment and intense stimulation ot the welfare state, they cope by living a so-called *vita minima.* The precise circumstances of their social isolation is determined by many cultural factors that differ from one country to the other. If their social system supports these survivors with attention, safety, and security, it is easier for them to communicate with their environment it is in those systems which implicitly threaten survivors with unsafety and insecurity (see Bastions, 1979).

INSERT DIAGRAM I ABOUT HERE

The safety priciple, in fact, helps to explain the essence of KZ-pathology, since the feeling of safety is the best indicator of optimal homeostasis and psychosomatic equilibrium. Under healthy conditions, safety is primarily derived from pleasurable experiences in the context of human interaction. Victims of the stresses of man-made disasters have, for shorter or longer periods, been isolated from such vital contacts. And fixed as they are in their traumatic experiences, their only possibility of deriving feelings of safety in their environment lies in an increase in their own power — power derived from status, possessions, isolation — in other words, the power derived from a special defense structure.

Such an increase in power may protect the individual or the group from the more unpleasant feelings or experiences associated with powerlessness. Un fortunately, however, this increase in power — usually a pathological power status — implies a strong motivation to bring about a potential decrease in the power status of any person or group considered an enemy of the power system. Victims of the power spstem can be killed. They can be thrown into jails or concentration camps. They may be subjected to torture or other forms of ill-treatment intended to place the individual back in a state of extreme powerlessness.

This dependence on enhanced power might explain the tragic fact that many victims of disasters tend to be regarded as „difficult“ for their environment, especially in the later periods of adaptation. Psychosomatic syndrome formation may be based on a rather pathological increase in the power status of the individual, otherwise blocked from participating in a flexible interaction. Psychosomatic patients pretend to be normal and mentally healthy ; but due to their over-adaptive behavior and inner inability to express their feelings of aggression, sooner or later they fall ill (see Bastions, 1972).

The essence of the KZ-syndrome has also been described as the master-slave syndrome, a concept developed by Hoppe (1971). This comparison implies that the main roles preferred by victims, especially in the post-stress periods, are those of either master or slave. Some victims behave as if they are masters, others as if they are slaves ; but the behavior of most of them is characterized by some combination of both roles.

In view of what is known about KZ-pathology, it could be predicted that victims of such terroristic acts as hijacking would suffer, in the post-stress period, from symptoms or syndromes related to those recognized in KZ-pathology. Even though these stressful events were usually of shorter duration than those associated with war or concentration camp internment, the difficulties in adaptation to normal life are predictable.

Consequences of Terrorist and Hostage-Taking Acts : The Dutch Experience

The Netherlands was confronted during the 1970s with an alarming series of terrorist and hostage-taking acts, each possessing a different political motivation. Some victims were killed, others were taken hostage. Most of the latter gained their freedom after some hours, days, or weeks. But the experience of having been taken hostage proved so threatening and impressive that many of the victims continue to suffer long-lasting negative effects.

In order to improve the organization of care and assistance for the victims of these violent actions, the Ministry of Health of the Netherlands established a Central Steering and Guidance Committee in 1976. A scientific research program was begun, and in July 1979 the final psychological report was presented to the Ministry of Health. One of the main objectives of this project was to identify all psychic or psychosomatic changes manifested in the victims as a result of their experiences. To determine whether such changes occurred, whether they were positive or negative, and whether they had really been caused by the stress of man-made disasters presented a challenge to the researchers.

Invitations to cooperate in the research program were given to 283 former hostages affected by seven acts of terrorism in the Netherlands. Of this number, 168 persons agreed to cooperate in procedures comprising both free and structured psychological interviews. In addition, interviews were also conducted with family members, social workers, general practitioners (GPs), and other persons involved in the end aftercare of victims.

Long-term negative effects appearing after the first four weeks of freedom were observed in two-thirds of the former hostages. These effects were predominantly the following : irritability, increased lability, the presence of fears and phobias, feelings of unsafety, feelings of being misunderstood, preocupations with the experience of captivity, insomnia, and vague physical complaints that were sometimes of an organ-neurotic nature.

During the short term — that is to say, during the first four weeks immediately following termination of the event — the negative effects were mainly tenseness, fears and phobias, and insomnia.

The intensity of the above effects was different for various groups. Women experienced negative effects with greater intensity than men. Further, intensity of negative feelings showed a clear correlation with the duration of captivity (the longer the situation lasted, the greater the intensity of effects). Younger persons and those with less education experienced more intensely the effects of their ordeal than did older and more educated persons. Moreover, there was a clear connection between the intensity of negative effects in the short term and in the long term.

Two-thirds of the former hostages cited positive effects over the short term, while half of the subjects reported positive effects in the long run. The enhanced ability to see the relativity of things was main positive effect reported by sujects. The implications of these so-called positive effects over the long run are not yet clear, but it may be expected that they will disappear after some time. It is of course possible that in some cases the stressful events will stimulate the process of mental growth.

For family members of former hostages, the intensity of negative effects was rather low over the short term. Over the long term, two-thids of the family members suffered from negative effects of the same nature, but not the same intensity, as the negative effects experienced by the former hostages. New acts of terrorism had negative effects on former hostages as well as on members of their families. Half of the persons who were interviewed experienced vicariously the fears and stresses characteristic of their own captivity whenever new acts of terrorism occurred.

Over the long term, psychosomatic syndrome formation could be absorved in 12% of the cases experiencing negative consequences. States of depression were found in 7% of the cases. These percentages, however, were far lower than were those for fears and phobias (29%). We may interpret this discrepancy by the fact that in the first months or years after captivity the majority of former hostages were predominantly fixated in the symptomatology of the Alarm Phase of the survivor syndrome. This usually gives rise to well-defined clinical syndromes on the psychiatric and psychosomatic levels.

Many details of the related symptomatology of the Alarm Phase have been described. It is not yet known whether, in the future, there will be a syndrome shift in the direction of more flexible adaptation to reality or in the direction of more pronounced pathology. Repeated interview procedures will be needed to discover to what extent psychosomatic syndrome formation will occur in those former hostages and their family members who have already suffered from neurasthenic and organ-neurotic complaints during the first months or years following captivity.

A special chapter of the Report of the Central Steering and Guidance Committee was devoted to recommendations for immediate and aftercare of former hostages. Findings of the investigation made it clear that a situation of terrorism must be regarded as a state of crisis. In such a state, there is a need for immediate crisis-intervention, marked by intensive and active therapeutic activities. In relatively normal situations of mental distress therapists tend to postpone therapy until the person involved either needs or asks for help. In states of crisis, much more therapeutic activity is require since the former hostages are partially fixated in states of powerlessness ; they have neither the motivation nor the initiative to seek guidance, support, or treatment ; and these consequently should be offered to victims of stress on as flexible and voluntary a basis as possible.

The importance of the general practitioner's function in these circumstances soon became clear. If guidance is not offered, there is a danger that the processes of denial, suppression, and repression of negative effects will be progressively activated during the coming days and weeks, thereby creating conditions favorable to the development of psychosomatic symptoms. On the other hand, it has become clear that some former hostages may be weakened in their mental stabilty if too much stress is placed on their need for support and treatment ; they do not want to be stigmatized as patients at all, and especially not as psychiatric patients. This finding indicates the importance of the way in which guidance facilities are offered to the former hostages and their family members.

Further research into the psychosomatic consequences of man-made disasters will help to illuminate and clarify some of the procedures and issues now confronting researchers in this field. For example, we know that unless a psychological interview procedure is combined with a proper internal examination of the patient at the outset of the investigation, it is seldom clear later whether reported bodily complaints are the expression of a psychosomatic disease or a genuine physical disturbance. The Dutch research project will attempt to guide its investigations towards the development of procedures aimed at diminishing the uncertainties in this area.

Comparable research on the victims of stress related to man-made disasters has been conducted in Germany by a group of psychiatrists led for many years by Ploeger ; result were published in 1964. Subjects were ten miners who were trapped in a mine disaster in Legende, completely isolated from the outer world for two weeks, and successfully rescued in the final moments before the total collapse of the mine shaft. During the period of the investigation, nearly all victims suffered from irritability, fears, phobias, and sametimes nightmares and hallucinations related to their traumatic experience.

Other comparable studies have been undertaken in Ireland, where suspects believed to have taken part in IRA activities were subjected to severe interrogation in depth. After their release from prison in 1971, it was predicted which persons would afterwards suffer from fears, phobias, depression, and psychosomatic diseases. Those who tried to control themselves as much as possible after the event and who were inclined to repress their related memories and emotions suffered predominantly from psychosomatic disease. The less controlled group suffered from the other symptoms and syndromes for at least two years after their interrogation.

Some Final Remarks About Psychosomatic Specificity

Psychosomatic specificity means that psychosomatic syndromes are the autcome of a specific interaction between specific situations involving stress and specific personality types. Although this specificity theory and all its modifications — i.e., complete specificity, relative response specificity, and multi — and unidimensional specificity — have been criticized and rejected by many researchers in the field, it is striking how few of the researchers have had the opportunity to observe the psychological differences between psychiatric and psychosomatic patients and between different groups of psychosomatic patients in a clinical setting (see Bastiaans, 1977).

In the Netherlands, much research has been conducted along these lines. While there is not yet a definitive reply to the question of specificity, it is clear that if survivors of man-made disasters suffer from a well-known psychosomatic disease, they are very seldom suffering from only one psychosomatic syndrome. The examiner is much more likely to be confronted with a whole set of psychiatric and psychosomatic syndromes — that is, with a combination of essential hypertension and general nervousness, tenseness, and nightmares reliving the terrifying aspects of their traumatic experiences.

At the present time, the victims of World War II in Holland suffer predominantly from the combination of involutional depression and more or less outspoken psychosomatic phenomena. These syndromes are the result of a long and continuous effort to adapt themselves to the post-war demands imposed by society, work, and family. Years ago, when attention was first directed to these victims, we had no way of knowing — nor did we suspect — that the delayed consequences of war stress would be so intensive, pervasive, and outspoken. One has to ask whether there will be similar effects over the long term for the victims of terroristic acts, for the civilians taken hostage in a country not engaged in warfare. The stress to which these peace-time victims have been subjected was admittedly shorter in duration than the stress undergone by war survivors ; and today many more psychotherapeutic facilities are available than there were 30 years ago. But these facts should not seduce the researcher into thinking that this makes it easier on today's victims than it was for those suffering from the negative effects of World War II. We must remember that those who appear to be the strongest, those who pretend that they successfully coped with the traumas of stress, may also be those who will experience delayed psychosomatic reactions. Therefore, much more research must be done. It is especially important that we be able to predict at the right moment who among us is endangered by his own strategies of adaptation, coping, and defense. We must be prepared and ready to assist the victims of man-made disasters of the past, and just as prepared to aid the victims of the all too uncertain future.

REFERENCES

Bastiaans, J. Psychosomatische gevolgen van onderdrukking en verzet. *Thesis*, Amsterdam, 1957.

Bastiaans, J. General comments on the role of aggression in human psychopathology. *Psychother.Psychosom.*, 1972, 20, 300—311.

Bastiaans, J. The implications of the specificity concept for the treatment of pnychosomatic patients. *Proc. 11th Europ. Conf. Psychosom. Res.*, Heidelberg 1976, *Psychother. Psychosom*, 1977, *28*, 285—293.

Bastiaans, J. Models of teaching psychobiological medicine to medical students. *Biblthca psychiat.*, Karger, Basel, 1979, *159*, 48—61.

Bastiaans, J. De behandeling van oorlogsslachtoffers. *Journal of drug research JDR*, 1979, *4*, *1*, 352—358.

Hoppe, K. D. The master-slave-see-saw relationship in psychotherapy. *Reiss Davis Clin. Bull.* vol. B, 1971, 2, 117—125.

Ploeger, A. Zeiterleben in einer Extremsituation: Untersuchungen an den Bergleuten von Lengede. *Psychotherapie und medizinische Psychologie*, Stuttgart, January 1966, *16, 1*, 13—19.

Selye, H. The story of the adaptation syndrome. Montreal 1952. In *Annual reports on stress*. 1951 e.v.

Selye, H. Stress. Lippincott Comp., Philadelphia, New York, 1974.

REPORTS

Reports of the European Commission of Human Rights, Council of Europe, Application No. 5310/71. Ireland against the United Kingdom of Great Britain and Nothern Ireland. Report of the Commission (adopted on 25 January 1976).

Psychological investigations into the consequences of hostage-taking situations in the Netherlands (1974—1977). Report of the Ministry of Health of the Netherlands, The Hague, 1979.

DINAMICA ŞI TENDINŢELE POSIBILITĂŢILOR RECUPERATORII IN CAZUL BOLILOR PSIHICE COMPARATIV CU AFECŢIUNILE VISCERO-UMORALE LA POPULAŢIA DIN ÎNTREPRINDERILE MUNICIPIULUI IAŞI

P. Brânzei, Th. Horopciuc, Lidia Antoniuc, F. Dămătîrcă, Rodica Grădinaru

— *Iaşi*

În contextul bio-psiho-social al ecopatogenezei bolilor mintale din mediul industrial, considerăm ca prim obiectiv în apărarea şi promovarea sănătăţii, profilaxia primară a îmbolnăvirilor, iar atunci cînd aceasta s-a produs, trebuie de procedat cît mai rapid şi eficient la recuperarea, readaptarea şi reinserţia socio-familio-profesională a suferindului. Abordarea ştiinţifică a eficienţei psihiatriei profilactice şi a acţiunilor de apărare şi promovare a sănătăţii mintale nu poate fi concepută fără cunoaşterea dinamicii morbidităţii pe un interval de timp suficient desfăşurat, la o populaţie dată în incidenţa evoluţiei sale socio-economico-culturale corelate cu mijloacele tehnico-organizatorice de perspectivă, necesare în acţiunile în teritoriu, premiză ce a determinat studiul stării sănătăţii populaţiei din mediul industrial al municipiului Iaşi pe o perioadă de 15 ani.

Întreprinderile au fost grupate de noi pe cinci ramuri industriale de bază luînd drept criteriu profilul industrial şi condiţiile de microclimat cît mai asemănătoare. Astfel :

1) Industria metalurgiei feroase, construcţiilor de maşini şi prelucrării metalice (IMI, IMC, IMN, IMB, IPA, CUG, IMAMUS, Tehnoton) (prescurtat în lucrare IMF) se caracterizează prin următorii agenţi stresanţi : zgomotul industrial, efortul fizic, curenţi de aer, pulberi şi substanţe toxice, ortostatism, disconfort termic, etc.

Ponderea pe sexe o deţine sexul masculin, în schimb numărul femeilor încadrate în muncă a crescut de peste 46 ori în 1979 faţă de 1965.

2) *Industria textilă şi confecţiilor : ITC :* (Ţesătura, Moldova tricotaje, Victoria, Textila şi Fabrica de confecţii) cu următorii factori stresanţi predominenţi : zgomotul, suprasolicitarea apartului vizual şi auditiv, trepidaţii, ritmicitate, sincronie, stereotipie crescută în gestualitate, etc.

Ponderea pe sexe o deţin femeile în proporţie de aproximativ 75%, iar numărul populaţiei industriale s-a dublat în această perioadă.

3) *Industria chimică : IC :* (IAI, CFS, IPMP,) s-a dezvoltat mult în ultimul deceniu în municipiul Iaşi. Numărul oamenilor muncii din această ramură a crescut de circa 18 ori în anul 1979 faţă de anul 1965, din care procentajul femeilor încadrate a crescut de 33 ori.

4) *Construcţii şi industria materialelor de construcţii : CIMC :* (TLC, TCInd., TIM, IUPSR, Trustul izolatori) se caracterizează printr-o pondere crescută a sexului masculin. Factorii stresanţi întîlniţi aici sînt : efortul fizic, variaţiile şi intemperiile naturale, curenţii de aer, navetismul, etc.

5) *Industria prelucrării lemnului : IPL* : cu noxe ca : praful industrial, pulberi, substanţe toxice, zgomot, curenţi de aer, etc.

Predomină sexul masculin, numărul bărbaţilor fiind de aproape două ori mai mare decît al femeilor.

Morbiditatea studiată prin incapacitate temporară de muncă (ITM) are drept criterii de estimare două aspecte primordiale :

I) *Dinamica şi studiul comparativ al afecţiunilor psihice* cu boli ale aparatelor şi sistemelor în care s-au inclus şi accidentele de muncă obţinîndu-se astfel şapte grupe : 1) Tulburări nevrotice (Cod 214.0) ; 2) Alte tulburări mintale (Cod 210—213.1). În ultimii doi ani 1978—1979 aceste afecţiuni au fost studiate şi separat ; 3) Bolile aparatului respirator din care se exclud : TBC pulmonar (Cod 020—021.1) şi tumorile (Cod 080—170) ; 4) Bolile aparatului digestiv şi anexe din care se exclud : hepatita virotică, alte boli infecţioase şi parazitare, bolile infecţioase intestinale şi tumorile ; 5) Bolile aparatului cardio-vascular şi reumatismale. 6) Bolile endocrine, de metabolism şi tulburările imunitare (Cod 180.0—187, 191—193.2) ; 7) Accidente de muncă (Cod 470—560).

Studiind structura şi dinamica vîrfurilor de morbiditate pe o perioadă de 15 ani putem ajunge la concluzii privind îmbolnăvirile din mediul industrial. În acest sens am cuprins şapte vîrfuri de morbiditate prin ITM pe aparate şi sisteme a căror pondere în cadrul morbidităţii generale la populaţia industrială studiată depăşeşte 55% şi trei vîrfuri cuprinzînd afecţiuni semnificative cu implicaţii bio-psiho-profesionale.

I. BOLILE APARATULUI RESPIRATOR

Per total industrie, pe perioada studiată, deţin locul întîi cu un număr de 112,09 zile ITM la 100 de salariaţi. În primii cinci ani 1965—1969 ocupă locul doi cu un indice ce variază între 61,07 în 1966 şi 104,94 în 1969, după care trec pe primul loc şi se menţin pînă la sfîrşitul perioadei (zece ani) cu oscilaţii între 114,67 în 1974 şi 151,55 în 1976 cînd atinge vîrful maxim, după care scad treptat pînă în 1979 la 107,29 zile ITM la 100 de salariaţi.

Pe ramuri industriale, IPL-ul deţine supremaţia cu vîrfuri ce variază de la 69,99 în 1965 ; 64,41 în 1968 ; la 242,03 în 1973 ; 268,65 în 1979, iar vîrful maxim la atins — 1976 cu 270,89 zile ITM la 100 salariaţi. Urmează apoi industria textilă cu vîrf de 194,17 în 1973, Ind. metalelor feroase cu 165,25 în 1970, construcţii cu 151,50 în 1976, iar pe ultimul loc ind. chimică cu 124,73 în 1971.

Făcînd media pe 15 ani constatăm că pe primul loc se află tot I.P.L. cu 167,4, urmat de ind. textilă cu 141,05, Ind. materiale feroase 107,26, iar pe ultimele locuri ind chimică şi construcţiile.

Bolile căilor respiratorii superioare, comparativ studiate cu afecţiunile semnificative, se situează pe primul loc cu o medie de 48,41, iar pe industrii I.P.L. deţine primul loc cu 70,15 urmat de ind. textilă 66,81, ind. mat. feroase 46,33 şi pe ultimele locuri situîndu-se ind. chimică şi construcţiile.

Vîrfurile de morbiditate au fost atinse la I.P.L. de 111,71 în 1977 şi 108,36 în 1973 la ind textilă.

II. BOLILE APARATULUI DIGESTIV ŞI ANEXELOR

Mult studiate, comentate şi discutate pe plan mondial şi naţional, din ele am exclus aşa zisele „boli ale insalubrităţii" care de altfel deţin un procentaj mic de zile I.T.M. în studiul nostru, şi ne-am axat pe grupa bolilor cu etiologie privind stilul de viaţă şi alimentaţie.

Pe total industrie, pe perioada studiată, comparativ cu grupele de afecţiuni luate în discuţie se află pe locul II cu o medie de 102,12 zile I.T.M. la 100 de salariaţi, după bolile aparatului respirator. În primii 5 ani deţin locul I cu indici ce variază între 81,76 în 1967 şi 113,26 în 1969, după care trec pe locul II şi constant se menţin pînă la sfîrşitul perioadei, dar indicatorii nu scad sub 90,96 în 1979, atingînd maximul în 1970 cu 125,33. Se constată o scădere lentă dar progresivă în ultimii ani.

Vîrfurile maxime de morbiditate per industrie au fost atinse în anul 1970 cu 125,33, iar minimul în 1966 cu 81,76. Din 1970 curba morbidităţii scade lent pînă la 90,96 în 1979.

În această perioadă, I.P.L. dă morbiditatea cea mai mare cu o medie de 137,39 zile I.T.M. la 100 salariaţi, urmat de ind. textilă 116,89, ind. met. feroase 107,43, iar sub 100 se situează ind. chimică şi construcţiile. Vîrfuri maxime s-au înregistrat la ind. mat. feroase 200,63 şi I.P.L. cu 169,26 în 1970, iar la ind. textilă 139,65 în 1973.

Boala ulceroasă de etiologie pluricauzală în care agenţii stressanţi neuropsihici deţin ponderea produce un indice de morbiditate prin I.T.M. 8,61% al tuturor bolilor digestive studiate. Se menţine aproape constant pe locurile II—III în primii 12 ani, iar în ultimii trece pe locul IV. Per total industrie şi comparativ cu afecţiunile specifice comparate se află pe locul III cu 30,46 zile I.T.M. la 100 salariaţi, după căi respiratorii superioare şi tulburări nevrotice. Morbiditatea cea mai ridicată se întîlneşte la I.P.L. cu media pe 15 ani de 45,99 zile I.T.M. urmat de ind. met. feroase cu 39,75, construcţii 30,70, ind. chimică cu 28,38 şi ind. textilă cu 27,80.

Vîrful de morbiditate maxim a fost întîlnit per total industrie în 1976 cu 36,96. Pe ramuri industriale vîrful maxim se întîlneşte la ind. met. feroase de 57,78 în 1967, urmat de I.P.L. 1975 cu 54,82, ind. chimică 45,98 în 1966, iar pe ultimile locuri ind. textilă şi construcţiile.

III. BOLILE CARDIO-VASCULARE ŞI REUMATISMALE

Cu caracterul multifactorial al etiologiei, cu ponderea variabilă de la o ţară la alta, de la un mediu la altul, de la un individ la altul constituie caracteristica patologiei populaţiei contemporane în care stressul psihic sau ceea ce numesc unii „factorul social din modul de viaţă" implică un număr mare de condiţii la care reacţia depinde şi de tipul de sistem nervos al fiecăruia, alături de multiplele cauze toxico-metabolice care dealtfel se întîlnesc frecvent în mediul industrial.

Pe perioada studiată şi pertotal industrie se situează pe locul IV cu o medie de 38,83 zile I.T.M. la 100 de salariaţi după aparat respirator, digestiv şi tulburări nevrotice.

Ind. textilă şi confecţiilor are cea mai mare medie 56,07 urmat de I.P.L. cu 54,59, ind. met. feroase 33,37, construcţii şi ind. chimică.

Vîrfurile maxime de morbiditate au fost atinse în 1975 de I.P.L. 94,64, de ind textilă în 1978 cu 70,52 apoi de ind. met. feroase în 1972 cu 57,65, ind. chimică 57,81 în 1967, şi construcţii cu 44,16. Minimile s-au înregistrat în anii 1965 pentru ind. textilă şi I.P.L. iar pentru celelalte industrii în 1966 cu indicii în jur de 12.

Bolile hipertensive de etiologie cunoscută (renală, valvulară, reumatismală) sau necunoscută (esenţială) cu pondere însemnată în debutul altor boli cardiovasculare la care stressul neuropsihic rămîne factorul principal deşi se află pe ultimul loc cu o medie pe 15 ani de 11,73, prezintă oscilaţii mari cu o creştere de aproape 30 de ori la I.P.L. (1,10 în 1965 şi 30,45 în 1978) iar la ind. mat. feroase (1,57 în 1966 şi 22,94 în 1973) şi la ind. chimică de la 0,90 în 1966 la 16,53 în 1967. În ultimii ani, pertotal industrie se constată o creştere progresivă de circa 2 ori faţă de 1965 (7,05 în 1965 faţă de 15,64 în 1977 şi 14,19 în 1979). Ind. textilă are media cea mai ridicată 21,43 iar construcţii cea mai mică de 6,71 pe perioada studiată de 15 ani.

IV. BOLILE ENDOCRINE, DE METABOLISM ŞI TULBURĂRI IMUNITARE

Cu o etiologie în general plurifactorială de mediu, alimentaţie, sedentarism şi stress psihic. Pe plan mondial se constată o creştere frecventă a acestor boli în legătură cu civilizaţia, fapt ce determină o morbiditate de 30—40 ‱ în ţările dezvoltate şi 1—5 ‱ în ţările în curs de dezvoltare. Deşi în studiul nostru deţin frecvent ultimul loc cu o medie pe 15 ani de 10,71 zile I.T.M. la 100 salariaţi se constată variaţii mari cu o creştere de aproape 7 ori de la construcţii unde media este de 3,95 la ind. textilă cu 21,01. Vîrfurile maxime sînt atinse în ind. textilă 28,61, ind. chimică 25,57 în 1965, urmînd ind. met. feroase cu 16,55 în 1968 şi I.P.L. 15,44 în 1967.

V. ACCIDENTE DE MUNCĂ

Capitol de patologie medicală în care sînt implicaţi o serie de factori cu responsabilitate socio-administrativo-profesională, în general analiza sub diferite aspecte merită atenţia cuvenită în studiul nostru ţinînd cont şi de deviza O.M.S. „accidentul nu este accidental“ prin faptul că factorii stressanți neuropsihici au o influență primordială.

Deși se află pe penultimul loc, înaintea bolilor endocrine cu media de 21,24 pe 15 ani, prezintă variații importante de la o industrie la alta; ind. textilă cu media 6,10, ind. met. feroase 39,36.

I.P.L., ind. met. feroase și construcții unde riscul la accidentul de muncă este crescut se află pe primele locuri, iar ind. chimică și textilă pe ultimul.

Vîrfurile de morbiditate au fost maxime în 1971 la ind met. feroase cu 104,72, ind. construcții 1975 cu 44,48 și I.P.L. în 1965 cu 54,89 zile I.T.M. la 100 salariați.

VI. ALTE TULBURARI MINTALE ȘI BOLI ALE S.N.

Bolile sistemului nervos și organelor de simț, cu etiologia lor polivalenta — infecțioasă,„ toxică, metabolică, traumatică, etc. — reflectă rolul important al factorilor de mediu. Zgomotul are o mare importanță în bolile urechii, dezechilibrele de iluminat în afecțiunile ochiului, iar diferitele infecții de natură virotică sau bacteriană afectează de predilecție trunchiul cerebral. Aceste boli produc în general o morbiditate în industrie de circa două ori mai mare decît așa zisele „Alte tulburări mintale“ în care sînt incluse psihozele, epilepsia, debilitățile mintale, alcoolismul, psihosindroamele posttraumatice, etc. Luate împreună, aceste afecțiuni se află pe locul V cu media de 23,69, în prima grupă de estimare, și pe locul IV în cea de a doua.

Pe ramuri industriale se constată că ponderea o deține I.P.L. cu 30,37 urmat de ind. textilă 27,22 și celelalte industrii cu media în jur de 21 zile I.T.M.

Vîrfurile maxime de morbiditate au fost atinse în 1979 la ind. textilă cu 67,69 și ind. met. feroase cu 36,76 în 1979, urmate de I.P.L. în 1974 cu 43,81 și ind. chimică 35,69 în 1978.

Studiind separat pe ultimii 2 ani aceste afecțiuni se constată că bolile sistemului nervos produc de circa 1,5 ori mai multe zile I.T.M. decît alte tulburări mintale. În ind. textilă unde steriotipiile crescute în gestualitate, ritmicitate și sincronie sînt factorii stressanți negativi, bolnavul psihotic remis se acomodează mai bine dar produce un număr mare de zile I.T.M.

Pentru anul 1978 pertotal industrie au fost 9.504 zile I.T.M. pentru „alte tulburări mintale“ față de 14.529 zile pentru bolile sistemului nervos, iar în 1979 13 574 față de 16 508, ceea ce reprezintă un indice de 12,67 și 17,51 pentru tulburări mintale iar pentru bolile sistemului nervos 19,37 în 1978, și 21,30 în 1979.

Vîrful maxim de morbiditate pentru tulburările mintale se întîlnește la industria textilă, 37,44 în 1979 iar pentru bolile sistemului nervos tot la industria textilă în 1979 — 30,20 zile I.T.M. la 100 salariați.

Privind afecțiunile specifice luate în studiu se află pe locul 4 după căile respiratorii superioare, tulburări nevrotice și boala ulceroasă.

VII. TULBURARILE NEVROTICE (cod. 214.0)

intenționat lăsate ultimele în studiul nostru, ținîndu-se cont și e estimarea OMS ce afirmă că frecvența lor este de 10% din populația generală și că „cel puțin 1% din membrii unei populații oarecare suferă la un moment dat de boli psihice și cel puțin 10% din membrii unei populații riscă să sufere în cursul vieții lor de îmbolnăviri psihice grave, invalidante“ (Chronique OMS — vol. 29. No. 6, 1975, p. 263).

Abordarea morbidității și frecvenței tulburărilor nevrotice întîmpină mari greutăți datorită importanței componenței psihosomatice, fapt ce determină ca un număr mare din acești bolnavi să populeze cabinetele de alte specialități sau de medicină generală estimîndu-se chiar că o proporție de 20—40% dintre bolnavii consultați de un medic prezintă tulburări psihice cu manifestări predominant psihosomatice.

În acest context al multitudinilor de aspecte ridicat de tulburările nevrotice în lumea contemporană constatăm în lucrarea de față că în industriile studiate aceste afecțiuni se află pe locul 3 de morbiditate cu o medie de 45,14 zile ITM la 100 salariați pe 15 ani, după bolile aparatului respirator și digestiv, iar comparînd cu afecțiunile specifice luate în studiu se află pe locul II după bolile căilor respiratorii superioare. Ponderea mare o deține industria textilă și a confecțiilor unde femeile sînt în proporție de circa 75% cu o medie de 104,43 zile ITM la 100 salariați, urmat de procentaje de sub 50 la celelalte industrii (IPL 40,17, industria chimică 29,73, industria metalelor feroase 27,81 și construcții 15,17). Este evident că morbiditatea atît de crescută din industria textilă contribuie la situarea pe locul III de morbiditate al tulburărilor nevrotice.

Vîrfurile maxime de morbiditate au fost înregistrate la industria textilă și confecții în 1975 cu 149,36 zile ITM la 100 salariați după care se constată o scădere lentă și treptată pînă la 125,48 în 1979, urmată de IPL cu 65,08 în 1979, industria chimică 52,47 industria chimică 52,47 și industria metalelor feroase 45,68 ambele în 1966. Pe ultimul loc se află construcțiile cu 19,96 în 1968.

Comparativ cu afecțiunile semnificative se constată că tulburările nevrotice se află pe locul II după bolile căilor respiratorii superioare și sînt urmate în ordine de boala ulceroasă, bolile sistemului nervos și bolile hipertensive.

Variațiile indicatorilor incidenței morbidității prin ITM pe ultimii 15 ani din municipiul Iași, pe grupele de afecțiuni luate în studiu sînt ilustrate semnificativ în graficele I—V; media longitudinală în graficul VI; media generală în graficul VII, iar structura pe sexe a populației industriale studiate, în graficul VIII. Media datelor numerice zilelor ITM la suta salariați pe industrii și grupe de afecțiuni sînt redate în tabelele I—II.

Din multitudinea problemelor ridicate de absentismul oamenilor muncii din producție datorită ITM cauzate de diverse afecțiuni, bolile psihice și în special tulburările nevrotice ne-au determinat a emite unele propuneri privind posibilitatea profilaxiei și recuperării handicapatului psihic, productiv-industrial.

În acest scop considerăm că:

1) Intensificarea acțiunilor de mică mecanizare în întreprinderile municipiului Iași, în special întreprinderi cu pondere feminină.

II) Acţiuni susţinute şi energice de combatere a factorilor stresso-poluanţi şi a măsurilor ergonomice profilactice şi recuperatorii în fiecare ramură industrială, constituie chei principale în scăderea morbidităţii.

3) În funcţie de posibilităţile întreprinderilor, propunem realizarea de secţii sau sectoare cu profil ergonomic pentru persoanele cu handicap dezadaptativ parţial sau total, diferenţiat în cadrul fiecărei ramuri industriale.

4) Pentru persoanele cu situaţii de invalidare mintală permanentă, dar cu păstrarea inserţiei familiale şi de microgrup industrial supravegheat, realizarea de ateliere protejate de ergoterapie remunerată, de preferinţă în cadrul cooperativelor. Aceste ateliere să fie sub îndrumarea şi controlul LSM, în colaborare eficientă cu întreprinderile antrenate în acţiunile respective.

5) Intensificarea acţiunilor socio-economice şi cultural-educative în vederea reducerii consumului abuziv de alcool şi a modului neraţional de folosire a timpului liber.

6) Se impune ca necesar, organizarea în cadrul întreprinderilor a pauzelor de relaxare prin intermediul gimnasticii sau altor proceduri compensatorii.

7) Extinderea şi promovarea unor largi acţiuni sanitaro-educative cu scopul perfecţionării interrelaţiilor modelator formative de microgrup industrial pentru dezvoltarea armonică a personalităţii şi promovarea propriei stări de sănătate.

Tabel nr. 1

MEDIA PE 15 ANI PRIN I.T.M. PE INDUSTRII ŞI BOLILE APARATELOR ŞI SISTEMELOR

Grupe de afecţiuni	Grupe de industrii					
	Metal fer.	Text.—conf.	Chimică	Construcţii	I.P.L.	TOTAL
Tulburări nevrotice	27,81	104,43	29,73	15,17	40,17	45,14
Tulburări mintale şi S.N.	22,82	27,22	21,42	21,14	30,37	23,69
Aparat respirator	107,27	141,05	96,76	94,11	167,04	112,09
Aparat digestiv	107,43	116,89	95,31	84,44	137,39	102,12
Aparat cardio-vascular	33,37	56,07	29,71	31,33	54,59	38,83
Endo. metab. imun.	7,62	21,01	10,00	3,95	8,09	10,71
Accidente de muncă	39,36	6,10	15,26	31,62	34,02	21,24

Tabel nr. 2

MEDIA PE 15 ANI PRIN I.T.M. PE INDUSTRII ŞI AFECŢIUNI SEMNIFICATIVE

Grupe de afecţiuni	Grupe de industrii					
	Metal fer.	Text.—conf.	Chimică	Construcţii	I.P.L.	TOTAL
Tulburări nevrotice	27,81	104,43	29,73	15,17	40,17	45,14
Tulburări mintale şi S.N.	22,62	27,22	21,42	21,14	30,37	23,69
Boli hipertensive	9,74	21,43	6,99	6,71	18,75	11,75
Boli ulceroase	39,75	27,80	28,38	30,70	45,90	30,46
Căi respiratorii sup.	46,34	66,81	40,20	37,06	70,15	48,41

RESOCIALIZAREA — BILANŢ ŞI PERSPECTIVĂ

V. Predescu, V. Angheluţă, A. Romilă, Antoaneta Costian
— *Bucureşti*

După 5 ani de aplicare a concepţiei resocializării se înregistrează următoarele rezultate:

Concepţia s-a dovedit viabilă prin obiectivele şi mijloacele pe care şi le-a propus.

Funcţionează, astăzi, în Sp. Dr. Gh. Marinescu din Bucureşti o secţie de resocializare care adaugă la tratamentele curente din celelalte secţii, tratamentul complex al antrenării capacităţii de muncă. Programul terapeutic cuprinde 4 ore de activitate zilnică şi 2 ore de culterapie de 2 ori pe săptămînă.

Activitatea economică s-a organizat pe bază de contract cu întreprinderile comerciale astfel că, beneficiile se distribuie cu regularitate trimestrial. S-a realizat o cooperare reală cu administraţia şi serviciul tehnic al spitalului ca şi cu celelalte secţii ale spitalului. Rezultatele au fost posibile şi datorită sprijinului permanent al Comitetului de părinţi, factor democratic indispensabil al procesului de resocializare.

S-a realizat deasemenea legătura bolnavilor din ambulatoriu cu LSM-urile de sector, aceşti bolnavi putind fi retribuiţi cu 70% din manoperă faţă de 30% cota celor internaţi. Aspectele economice au transformat secţia într-o adevărată întreprindere experimentală. Experienţa dovedeşte că resocializarea este indicată în toate bolile psihice iar rezultatele sînt cu atît mai bune cu cît se aplică mai precoce, la cazuri acute. Se infirmă ca o prejudecată ideea veche de ergoterapie folosită exclusiv pentru bolnavii cronici irecuperabili.

Resocializarea a devenit principalul mijloc de profilaxie secundară şi terţiară al psihiatriei româneşti. Perspectivele ei care depind de cele ale ţării, sînt deosebite. Se plănuieşte un spital nou destinat în exclusivitate dezvoltării şi aprofundării aplicării acestei concepţii.

Se propune pentru codificarea reţelei de psihiatrie un seminar anual de resocializare.

After 5 years from the putting into operation of the resocialization conception, the following results were recorded:

The conception proved itself to be viable by its proposed aims and means.

Within the „Gh. Marinescu" Hospital is now in function a resocialization ward where the complex treatment of training the ability departments. The therapeutic program includes 4 hours of daily activity and, twice a week, 2 hours of cult-therapy.

The economic activity eas organized based upon contracts concluded with other enterprises and units so that the benefits are regularly distributed quarterly. A true co-operation was realized with the intendence and technical departments of the hospital, as well as with the other departments of the hospital. The results werw achieved also due to the permanent support of thefamily sponsoring committee-indispensable democratic factor of the resocialization process. Also there was realized the connection between the out-patients and the mental health lenters of the sectors, thus these patients may be remunerated by 70% of the manual labour, instead of 30% for the hospitalized ones. The economic aspects have transformed the department in a real experimental enterprise. The experience has proved that resocialization is recommeded in all psychic disorders and, for acute cases, the more precocious this method is applied, the better the results are.

The old conception of ergotherapy as only method in the case of chronic unrecoverable patients, is refuted as bening a preconceired idea. The resocialization becomes the main way of secondary and tertiary prevention used by the Romanien psychiatry. Depending on the country prospects resocialization as a new horizon of Roumanien psyhiatry isalso optimistic, is a project concerning a new hospital exclusively dedicated to the development and thorough application of this conception. An annual resocialization meeting for the building up of a psychiatric network is proposed too.

ROLUL LABORATORULUI DE SĂNĂTATE MINTALĂ ÎN PLANUL PROGRAM DE RECUPERARE A BOLNAVULUI PSIHIC

Aurelia Sirbu, T. Neamţu, I. Ruşdea
— *Cluj-Napoca*

Marea cotitură în asistenţa psihiatrică a fost determinată în primul rînd de marile succese obţinute în tratamentul bolilor psihice. Cura insulinică, terapia electroconvulsivantă, dar mai ales psihotropele, au reprezentat o veritabilă placă turnantă ce a schimbat radical modul de înţelegere a bolnavului şi concepţia organizatorică de asistenţă.

Influenţînd spectaculos tabloul clinic a deschis largi posibilităţi şi altor forme de tratament, înainte greu accesibile şi puţin eficiente. Este cazul psihoterapiei şi socioterapiei care în cele mai variate tehnici şi-au înzecit eficienţa lărgindu-şi implicit adresabilitatea. Pentru prima dată, se întrezăreşte posibilitatea schimbării radicale a modelului azilar de asistenţă într-unul nou, cu adevărat deschis, care readuce bolnavul — în plin travaliu terapeutic — în mediul său social. Cu alte cuvinte astăzi, avem prefigurate condiţiile temeinice care ne permit într-un timp — noi speram scurt — să inversăm datele problemei. Adică, majoritatea bolnavilor să beneficieze de un tratament eficace, în condiţiile normale obişnuite de viaţă şi activitate şi doar o mică parte din ei să fie asistaţi în spitale. Acesta este imperativul actual, modern al psihiatriei contemporane şi în acest consens este înţeleasă şi creerea Laboratorului de sănătate mintală.

În centrul universitar Cluj-Napoca, în conformitate cu actele normative emise de Ministerul Sănătăţii, LSM-ul a fost înfiinţat în 1975, oferindu-se spaţiul şi dotarea corespunzătoare. Pornind de la directivele Ministerului Sănătăţii, şi ţinînd seama de aspectele morbidităţii din teritoriu, Laboratorul s-a organizat în scopul acoperirii cît mai eficiente a necesităţilor de asistenţă psihiatrică ambulatorie şi semiambulatorie.

În desfăşurarea activităţii, s-au creiat condiţiile necesare unei bune colaborări cu organele sanitare judeţene şi cu alte foruri administrative competente în rezolvarea unor situaţii sociale. Este vorba de Direcţia Muncii, Oficiul de prevederi sociale, Oficiul braţelor de muncă, Comisiile de expertiză a capacităţii de muncă, etc.

Respectînd indicaţiile Ministerului Sănătăţii privind modul de organizare a L.S.M.-ului am centrat eforturile noastre în trei direcţii principale: 1. Luarea în evidenţă şi declararea bolnavilor psihici cu completarea carnetelor de dispensarizare în vederea cunoaşterii temeinice a morbidităţii din teritoriu. În acest scop toate biletele de ieşire din clinică şi spital (duplicatele) au fost dirijate la Laborator, iar pentru siguranţă, lunar o asistentă se deplasează în aceste unităţi pentru a verifica corectitudinea declarării bolnavilor. Concomitent au fost extrase şi evidenţele din Cabinetele de psihiatrie ale Policlinicilor. În felul acesta reuşim în perspectivă, o prospectare ştiinţifică a morbidităţii psihiatrice, ceea ce va permite în final îmbunătăţirea sistemului de asistenţă de profil. 2. Am sublinit nuanţarea impusă de însăşi conceptualitatea instituţiei în sistemul de asistenţă psihiatrică, considerînd că Laboratorul nu îşi dizolvă atribuţiile în cele ale unui serviciu de policlinică. Unitar ca structură el se detaşează de activitatea cabinetului din policlinică prin preluarea unor categorii de bolnavi, în scopul aplicării consecvente a planurilor terapeutice de recuperare şi apoi reabilitarea medicală şi socio-profesională.

Pentru realizarea acestor obiective, colecticul medical omogen ca program, dar heterogen ca şi compoziţie întărit cu un psiholog, asistente medicale şi asistente sociale, a elaborat un plan de măsuri concrete, prin care se asigură tratamentul medicamentos necesar, inclusiv controlul eficienţei, prin convocarea bolnavilor la Laborator sau prin vizite periodice la domiciliul bolnavilor. În plus, se acordă o importanţă tot mai mare diversificării metodelor terapice şi de terapie ocupaţională, în intenţia de a cuprinde un număr cît mai mare de bolnavi.

Ne-am axat cu precădere pe psihoterapia de grup, terapia de relaxare, terapia ocupaţională, art-terapia. S-au organizat cu bolnavii mici excursii, vizitarea unor obiective cultural istorice, vizionarea de expoziţii, spectacole, organizarea de jocuri distractive, etc. toate în scop recuperativ.

Pentru prevenirea recăderilor şi consolidarea rezultatelor obţinute s-a apelat la Staţionarul de zi al Laboratorului, evitîndu-se astfel supra solicitarea staţionarelor de psihiatrie, precum şi reducerea preţului de cost/bolnav. Apreciem din acest punct de vedere, valoarea deosebită a acestui model de asistenţă psihiatrică, care şi în cazuri mai dificile, nu „scoate“ total bolnavul din mediul său, cointeresînd în cea mai mare măsură familia în aplicarea planului terapeutic de recuperare.

În ceea ce priveşte compoziţia nozografică a internaţilor, apreciem că, — cel puţin în actualele condiţii — cei care beneficiază realmente de avantajul staţionarului sînt psihoticii (desigur nu cei din puseu acut). Psihopaţii, toxicomanii, alcolicii şi nevroticii au reprezentat un contingent foarte limitat, creind frecvent situaţii tensionale, perturbînd programul, absentînd, consumînd băuturi alcoolice (alcoolicii) sau solicitînd prelungire nejustificată a internării sau repetarea ei de asemenea nemotivată medical. Nota de suprasolicitare este evidentă, mulţi interpretînd staţionarul de zi ca o posibilitate legală de a te sustrage de la obligaţiile sociale şi profesionale. Din aceste considerente, dar şi din altele pe care nu le mai expunem acum apreciem că în etapa actuală, accentul trebuie pus pe categoria bolnavilor psihotici ca şi pe cei cu grad de periculozitate mare, încadraţi în prevederile Decretului 12/1965.

Reiese cu pregnanţă preocuparea noastră pentru schizofrenie, de departe principala boală psihică. În tratament am folosit cu precădere psihotropele depot (170 bolnavi) atît pentru bunele rezultate obţinute cît şi pentru certitudinea administrării şi controlului. Eficienţa şi durabilitatea recuperării şi reabilitării a sporit în măsura în care s-a reuşit cointeresarea familiei.

Unul din ţelurile noastre declarate a fost şi este tocmai implicarea activă şi conştientă a familiei şi într-o perspectivă mai largă a colectivului de muncă, a factorilor de răspundere din întreprinderi şi instituţii.

Un pas înainte a fost realizat prin organizarea unor cursuri de informare-instruire pe probleme de asistenţă psihiatrică cu medicii de circumscripţie urbană şi mai ales de întreprindere. Prin acesta am dorit ca aceşti colegi să înţeleagă mai bine condiţia bolnavului psihic, suferinţa lui, problemele lui şi prin această cunoaştere să-i protejeze cu mai multă fermitate interesele şi doleanţele justificate. Creierea acelor condiţii de muncă protejată atît de necesară în anumite momente bolnavilor noştri ar cîştiga în acest fel în consecinţă. Experienţa noastră în acest domeniu, deşi modestă — ca desfăşurare în timp — este pozitivă. Medicii, care ne-au înţeles şi au înţeles să militeze pentru interesele reale şi justificate ale bolnavilor, au contribuit efectiv la realizarea unor situaţii în final nu numai în avantajul acestora ci şi al întreprinderii (ex. Întreprinderea Poligrafică, Farmec, etc).

Al treilea obiectiv fundamental al L.S.M.-ului vizează profilaxia bolilor psihice. Am considerat că nu este suficient limitarea preocupărilor la psihoprofilaxia secundară şi terţiară. Că există de fapt posibilităţi de psihoprofilaxie primară, pentru început mai modeste dar reale. În acest scop, au fost studiaţi factorii de risc din două întreprinderi clujene : Farmec (Întreprinderea de produse cosmetice), Poligrafia şi o şcoală generală (nr. 15). Investigaţiile au fost completate, cu programe de educaţie sanitară (conferinţe, mese rotunde, etc) care au rolul de a ridica nivelul cunoştinţelor de psihoigienă, de a oferi soluţii în situaţii concrete, de a sublinia responsabilitatea fiecăruia om al muncii în crearea şi menţinerea unei ambianţe sanogenetice.

Munca în echipă polivalentă şi în strînsă colaborare cu factorii familiali şi sociali în cadrul acestei noi forme instituţionalizate constituie una din realizările semnificative ale organizării asistenţei psihiatrice. În contextul actelor normative ale Ministerului Sănătăţii privitoare la funcţionarea L.S.M.-ului, experienţa şi modelul clujan este desigur unul din multe alte posibile ce ţin seama de condiţiile locale şi de morbiditatea specifică.

Luînd în considerare actuala dezvoltare conceptuală, tehnico-organizatorică şi materială, Laboratorul de sănătate mintală se impune ca etapă prioritară în asistenţa psihiatrică modernă, aşa cum reiese atît din rezultatele obţinute la noi în ţară, cît şi din modelele cunoscute deja în alte ţări avansate (URSS, SUA, Franţa, Suedia, etc.).

În ţara noastră sînt înmănunchiate toate condiţiile ce permit buna desfăşurare şi continua perfecţionare a acestui modern sistem de asistenţă psihiatrică la rîndul său, etapă preliminară pentru cea ce astăzi este cunoscut în lumea medicală sub eticheta de psihiatrie comunitară sau psihiatrie de sector.

In concordance with Health Ministry norms, the Mental Health Ambulatory was set up in 1975 and it was organizated with a view to grant the most efficience necessities for psychiatric assistance :

The M.H.A. centred his efforts into three principal direction : 1. The evidence and declaration of psychic illness ; 2. The assumation of some illness categories with a view to consistant application of therapeutical programs for recuperation and then the medical and socio-professional reabilitation ; 3. The prophylaxis of psychic illness.

ROLUL FACTORILOR PSIHOGENI ÎN MEDIEREA MECANISMELOR IMPLICATE ÎN ASTMUL BRONŞIC

I. Lungu, Cristina Ionescu, Maria Romila, V. Mihăescu
— Iaşi

Dezvoltarea psihosomaticii moderne a adus noi şi importante contribuţii în explicarea modului de apariţie a unui mare număr de afecţiuni, printre care şi astmul bronşic.

Poate mai mult decît în alte afecţiuni, în astmul bronşic viaţa emoţională a individului joacă un mare rol, alături de sensibilizarea alergică şi infecţie, factori determinanţi, bine cunoscuţi şi demonstraţi.

Pentru unii autori ca : A. Haynal şi B. Cramer, factorii psihologici patogeni cauzali în astmul infantil sînt factorii intrapsihici şi factorii interpersonali. Raportîndu-se la factorii intrapsihici, studiile acestor autori au demonstrat că nu se poate defini un profil psihologic particular pentru fiecare maladie psihosomatică. În privinţa factorilor interpersonali (între copil şi părinţi), studiile au fost fructuoase : astfel s-au descris tipuri de mame hiperprotectoare, anxioase, perfecţioniste, depresive.

Aceste două situaţii evidenţiate la studiul astmului infantil pot constitui două puncte de reper în analizarea astmului adultului, analiză care dă rezultate deosebit de interesante, în special prin evidenţierea situaţiilor conflictuale subconştiente, generatoare a crizelor de astm.

Literatura psihosomatică evidenţiază că astmaticii sînt de obicei tipuri psihologice depresive sau colerice care nu se pot exterioriza. Alexander afirmă că strigătul astmaticului (criza de astm) este echivalentul plînsului, ceea ce ar putea explica boala astmatică în stările depresive, care nu ajung să se exprime prin plîns.

Psihologia astmaticului adult este descrisă de Staehelin prin impresionabilitate, iritabilitate, vulnerabilitate, caracter solitar şi comportament conpulsiv. Aceşti bolnavi au o manieră specifică de a intra în relaţie cu ceilalţi. Sînt indivizi care în procesul maturizării (sau creşterii) au acceptat greu separarea de mamă, suferind cu dificultate procesul individualizării inevitabile.

Pornind de la aceste observaţii din literatură, am iniţiat un studiu asupra unui grup de bolnavi suferind de astm bronşic, internaţi la Spitalul clinic de Recuperare Iaşi în perioada sept. 1979—martie 1980.

Ţinînd seama de dificultăţile unui astfel de studiu care nu se poate realiza exhaustiv, doar asupra unor cazuri selecţionate, am considerat necesar să efectuăm cercetarea asupra unui lot de bolnavi care să întrunească următoarele condiţii : a) bolnavi de vîrstă medie (în jur de 30—45 ani) ; b) a căror boală a debutat cu 3—5 ani în urmă (forme clinice care nu au ajuns la fenomene de decompensare) ; c) bolnavi care acceptă colaborarea cu medicul şi psihologul şi care prezintă o mobilitate psihică ce favorizează contactul interpersonal.

Bolnavii au fost investigaţi din punct de vedere psihologic cu ajutorul testelor proiective Rorschach şi Szondi. Această analiză a evidenţiat faptul că primele crize de astm au apărut în momente existenţiale de maximă intensitate. Redăm mai jos unele dintre observaţii :

Observaţia 1 Bolnava F.C., 52 ani. Sensibilă din totdeauna. Plînge uşor. Căsătorită, are un copil de care se ataşează foarte mult ca urmare a conflictelor repetate cu soţul. Cu 14 ani în urmă divorţează. Tot atunci, după 2 luni, încep crizele de astm.

Observaţia 2 Bolnava A. E., 53 ani. Situaţie conflictuală în familie. La 20 ani murindu-i mama, tatăl se recăsătoreşte. Nu după mult timp, se căsătoreşte şi ea. Mariajul durează un an. Divorţează şi vrea să stea cu tatăl ei, care, considera că nu era bine îngrijit. Între timp, în ciuda opoziţiei acestuia, se recăsătoreşte. După cîţiva ani tatăl moare, după care apar crizele de astm.

Observaţia 3 M. Al. 44 ani. Ambiţios, în ultimii ani îşi dă seama că nu s-a realizat pe măsura aspiraţiilor sale. Începe să bea foarte mult. In urma numeroaselor conflicte şi acte de violenţă soţia se hotărăşte să divorţeze. Condiţionat de acest fapt (şi în prezent) se lasă de băutură. Încep crizele de astm.

Aspectele evidenţiate prin testarea psihologică a acestor bolnavi au reliefat că aceşti bolnavi au o gîndire bogată şi foarte sintetică (D>G).

Se remarcă de asemenea, ca un caracter comun, o mare sensibilitate la stimulii externi, de natură diversă : sociali, culturali, psihologici, etc.

Comparativ cu femeile, bărbaţii nu sînt capabili să integreze boala în sistemul lor existenţial ceea ce le generează un sentiment de inferioritate.

Conţinutul răspunsurilor precum şi aprecierea tonalităţii sau originalităţii, a relevat o mai mare bogăţie de preocupări la femei decît la bărbați, care deși nu-și integrează boala se retrag în ea, iar femeile, cu toate că o acceptă, fac totul ca boala să nu fie centrul preocupărilor lor.

Aprecierea răspunsurilor ca fiind caracterizate de culoare sau de mișcare, ne-a permis stabilirea „tipului de rezonanță intimă". La femei : ambiegal, extratensiv pur, 2 extratensiv mixt. La bărbați : ambiegal și extratensiv pur.

Ipotetic putem aprecia că bolnavii de astm bronșic sînt caracterizați de tipul de rezonanță intimă extratensiv (pur și mixt). Numai o investigare a unui număr mai mare de cazuri ne va permite să concluzionăm dacă ipoteza noastră a fost sau nu valabilă.

Interpretarea etiopatogenică în lumina medicinii psihosomatice este în general, foarte puțin studiată. Preponderența rolului stressului psihic implică luarea în considerare a mecanismului neuro-humoral.

Unii autori au pus în evidență influența unor momente afective asupra dezvoltării procesului imunologic în cursul sensibilizării, aspecte în general foarte puțin studiate.

Studiul inițiat de noi, constituie începutul unei investigații susținute, pe această linie a factorilor psihogeni în astmul bronșic, mai ales avînd în vedere că explicarea apariției bolii sau a declanșării crizelor prin factori psihogeni, la un important număr de bolnavi, pune într-o lumină nouă posibilitatea terapeuticii și recuperării acestor bolnavi.

Investigația psihologică de masă are însă și anumite limite : nu poate constitui o metodă de largă utilizare, deoarece fiecare caz în parte necesită consumul de timp al medicului și al psihologului.

Optica nouă deschisă de acest studiu, întrevede posibilități noi de investigații, terapeutică și recuperare a bolnavilor de astm bronșic. În cadrul etiologiei, desigur un rol important revine factorilor sociali, de mediu, interpersonali, care se grevează pe fondul particular psihologic al astmaticului. Evidențierea, în urma unei minuțioase anamneze, a momentului declanșator, al stressului, revine medicul internist care trebuie să știe să vadă, dincolo de rutină și de aparențe. În această lumină vedem rolul terapeutic al „simplei confesiuni", sau a „hipnozei" — metode din păcate ignorate în medicina „clasică" curentă ce se practică în secțiile de boli interne. Aici intervine cu un rol important, viziunea sintetică asupra modului de interpretare, din partea medicului modern, multilateral, a fenomenului boală-bolnav, a mecanismelor declanșatoare multifactoriale și a diverselor posibilități de recuperare.

The development of modern psychosomatics has brought forth new and important contribution to the understanding and study of the mechanisms governing the occurance of a great number of illnesses.

The emotional life of the individual plays, perhaps in a greater degree than in other illnesses, a very important role in bronchial astma.

Starting from this fact we have started research work on a group of patients confined to the clinic, an activity which constitutes the beginning of a thorough investigation of the psychogene causal factors in branchial astma.

The aspects revealed through the complex psychosomatic investigation of these patients opens up new vistas in the therapy and recuperation of the patients suffering from bronchial astma.

ASPECTE ALE ADAPTĂRII LA LOCUL DE MUNCĂ LA UN GRUP PROFESIONAL CU MORBIDITATE CRESCUTĂ PENTRU BOLI PSIHICE

Elena Badea
— *București*

Fenomen recunoscut, creșterea actuală a morbidității prin boli psihice este datorată în special nevrozelor. În activitatea desfășurată timp de un an la un cabinet de psihiatrie din cadrul rețelei M.T.Tc., deci cu o preponderență netă a asistaților activi, am constatat o predominanță foarte exprimată a tulburărilor nevrotice, comparativ cu alte afecțiuni psihice.

Lucrarea este motivată de incidența crescută a acestor tulburări printre salariații unei instituții cu profil de cercetare (I.C.P.T.T.) Ea reprezintă o analiză a morbidității făcută cu scopul de a depista eventualii factori patogeni legați de acest loc de muncă cu caracteristici deosebite.

S-a pornit de la constatarea faptului că numărul zilelor de incapacitate temporară de muncă prin boli psihice este pe primul loc în contrast cu situația din mediul industrial unde primul loc revine medicinii interne. Profilul dominant al muncii la acest institut fiind cel al muncii intelectuale, aparent procentul mare de nevroze poate fi explicat prin acest element.

La o primă analiză s-a constatat că procentul de nevroze este de aproximativ 5%, dar numărul mare de zile de incapacitate de muncă revine numai unei părți din acești bolnavi, fiind datorat frecvenței și pregnanței manifestărilor, deci factorului „gravitate" a afecțiunii". Din numărul total de bolnavi s-au selectat 20 de cazuri cu tulburări nevrotiforme permanente și care sînt prezenți la cabinetul de psihiatrie cel puțin o dată pe lună. La aceștia s-a analizat în mod amănunțit traiectoria vieții individuale ca și modul de adaptare în munca actuală, în scopul depistării factorilor care au determinat și care întrețin în mod cronic tulburările nevrotice.

Parametrii investigați au fost următorii : vîrsta, sexul, profesia și locul de muncă, personalitatea premorbidă, evoluția personalității și integrarea în muncă și în societate, relațiile intrafamiliale, caractersticile afecţiunii psihice (simptomatologia, debutul şi evoluţia bolii ,legătura dintre aceasta şi evenimentele psiho-traumatizante şi perioadele de suprasolicitare).

— Vîrsta — Sub acest aspect lotul este surprinzător de omogen, vîrsta bolnavilor încadrîndu-se în grupa de 30—40 de ani, deci perioada unei intensităţi maxime a vieţii profesionale, familiale şi sociale.

— Sexul — A predominat sexul feminin în proporţie de 80%, ceea ce este explicabil în parte prin preponderenţa acestuia în cadrul instituţiei.

— Profesia — În contrast cu presupunerile iniţiale, numărul cel mai mare de nevrotici nu a fost printre cercetători, aceştia reprezentînd numai 20% din lotul studiat. Bolnavii psihici au fost în ordinea frecvenţei : traducători, desenatori tehnici şi funcţionari administrativi, deci au reprezentat profesiuni cu coeficienţi de creativitate, responsabilitate şi solicitare intelectuală mai reduşi în cadrul unui institut de cercetări în care volumul de muncă este forate variabil iar accentul se pune în special pe parametrii calitativi ai acesteia.

— Personalitatea premorbidă — Doar în 20% din cazuri s-a putut caracteriza personalitatea premorbidă ca armonioasă, maturizată şi perfect integrată social. În restul de 80% s-au evidenţiat trăsături dizarmonice ale acesteia, trăsături pe care le-am putut grupa în două categorii opuse : a) trăsături astenice şi astenodepresive : timiditate, emotivitate, tendinţă la izolare, submisivitate şi dependenţă, toleranţă scăzută la frustrare cu reacţii de demisie de tip depresiv, sentiment de culpabilitate şi autodepreciere, într-un număr mic de cazuri (30%), şi b) trăsături histrionice : instabilitate emoţională, tendinţa la exteriorizare, dramatizare a propriei existenţe, imaturitate, instabilitate, egocentrism, reacţii coleroase cu caracter demonstrativ, în majoritatea cazurilor (50%).

— Evoluţia personalităţii şş integrarea în muncă şi societate. Urmărind traiectoria bolnavilor din copilărie şi pînă la vîrsta adultă se remarcă faptul că toţi provin din familii închegate şi armonioase, comportamentul lor şcolar este bun, iar majoritatea şi-au terminat cu succes studiile în instituţii de învăţămînt superior. Promovarea în cadrul acestui institut s-a făcut prin concurs, fapt ce a asigurat o selecţie de cadre bine pregătite din punct de vedere profesional.

Trăsăturile dizarmonice semnalate mai sus nu au avut în nici unul din cazuri intensitate psihopatică, bolnavii reuşind în ciuda acestora o integrare în general bună în familie şi societate.

Nu există un paralelism între debutul bolii şi vechimea în munca actuală. Toţi bolnavii fără excepţie sînt bine adaptaţi la locul de muncă şi în mod surprinzător, deşi astenia este simptomul dominant, nici unul din bolnavi nu se consideră suprasolicitat din punct de vedere profesional. Promovarea într-o muncă de cercetare a reprezentat pentru majoritatea bolnavilor împlinirea unor aspiraţii pe plan profesional, iar volumul de muncă este considerat de toţi, fără excepţie ca moderat.

— Relaţiile intrafamiliale — Deşi 80% din bolnavi sînt integraţi familial, la o analiză mai aprofundată majoritatea acestor relaţii se dovedesc necorespunzătoare, familia reprezentînd astfel terenul de manifestare al trăsăturilor caracteriale, negative, trăsături compensate în societate. În 60% din cazuri se înregistrează o dizarmonie familială, iar în 20% din cazuri aceasta a dus chiar la dezintegrarea familiei. Avem în vedere două fapte : acela că responsabilitatea dizarmoniei familiale revine în egală măsură ambilor parteneri, şi acela că majoritatea de 80% a bolnavilor aparţine sexului feminin, a cărui suprasolicitare în cadrul gospodăriei este incontestabilă. Legătura dintre tulburările nevrotice şi nerealizarea unui climat familial corespunzător este certă, aceste două elemente aflîndu-se într-o strînsă interdependenţă.

— Simptomatologia şi evoluţia bolii —

a) Debutul — Deşi la primul interogatoriu bolnavii îşi prezintă simptomatologia ca fiind relativ recentă, la o analiză mai profundă s-a dovedit că în 80% din cazuri debutul a avut loc încă din adolescenţă, doar 20% din cazuri prezentînd primele simptome într-un interval mai mic de doi ani. Simptomele debutului sînt asemănătoare la toţi bolnavii, pe primul plan situîndu-se un sindrom astenic : cefalee, insomnii, hiperestezie, labilitate emoţională.

b) În evoluţia simptomatologiei remarcăm deci la debut un sindrom astenic pur, asemănător „nevrozei de epuizare" care apare de obicei în momentele de suprasolicitare din perioada studiilor. Aceste episoade se remit de obicei foarte bine, dar pe măsura creşterii responsabilităţii şi a sarcinilor îndeosebi familiale simptomele reapar şi se cronicizează, evoluţia bolii căpătînd un aspect extrem de oscilant, fără perioade clare de remisiune. Bolnavii nu pot relata în general perioade mai îndelungate de cîteva săptămîni în care să se fi simţit perfect sănătoşi, dar reţin de obicei perioadele în care simptomatologia a fost net agravată. În 60% din cazuri agravările au fost imediat următoare unor traume psihice familiale. Din punctul de vedere al complexităţii simptomatice am remarcat suprapunerea peste sindromul astenic pur de la debut a o serie de simptome care se perpetuează şi trec pe primul plan transformîndu-se chiar în atitudini comportamentale. Bolnavii aproape că se obişnuiesc cu fatigabilitatea crescută, cefaleea frecventă şi somnul dificil şi neodihnitor, dar devin pregnante depresia şi anxietatea. ambele cu tendinţa la somatizare, cu preocupări hipocondriace persistente şi cu crearea unui statut de bolnav în care individul se refugiază, şi prin care îşi justifică sieşi şi celorlalţi eficienţa scăzută pe plan familial şi socio-profesional.

Am constat o distribuţie a simptomatologiei în funcţie de trăsăturile personalităţii premorbide în felul următor :

— Grupul mai restrîns de persoane cu o structură armonioasă, bine integrate în familie şi cu un randament bun profesional, prezintă fără excepţie reacţii anxioase cu manifestări neurovegetative ce dau caracter de angoasă stărilor de nelinişte : palpitaţii senzaţie de opresiune precordială şi sete de aer, transpiraţii profuze. Elaborarea nevrotică rămîne rudimentară şi preocupările hipocondriace se centrează strict asupra cordului.

— Grupul de persoane cu trăsături asteno-distimice prezintă pe primul plan depresia, cu elaborare corespunzătoare pe planul gîndirii, cu idei de inutilitate, culpabilitate și autodepreciere. Sentimentul valorii personale este redus, nesiguranța de sine este crescută iar efortul produs pentru compensarea deficiențelor este mare, acești bolnavi fiind conștiincioși și cu un bun randament profesional. Preocupările hipocondriace sînt vagi, necentrate pe un anume aparat, foarte labile, bolnavul căutînd în permanență cauza propriei deficiențe.

— Grupul cu trăsături histrionice — constituie grupul cel mai numeros și prezintă tulburările de adaptare cele mai însemnate. Acuzele astenice sînt estompate de o așa zisă „nervozitate“ și „sensibilitate exagerate, cu toleranță mică la frustrare și reacții dramatice, dar de scurtă durată. Tendința la somatizare este puternică și foarte polimorfă, variabilitatea simptomelor și fugacitatea lor devenind derutantă pentru terapeutul care se orientează spre tratamentul simptomatic. Aceste bolnave sînt de obicei conștiente că suferă de o „nevroză“ pe care o consideră un fenomen organic și din care caută în mod mai mult sau mai puțin conștient să extragă maximum de „cîștig secundar“. Accidentele propriu zis pitiatice sînt rare și se întîlnesc mai ales sub formă de stări prelipotimice sau lipotimice în situații conflictuale.

La toate grupele de bolnavi rezultatele terapiei sînt de scurtă durată și greu de controlat. Deși perioadele de efort profesional crescut duc la o agravare a simptomatologiei, repausul și tratamentul sedativ și psihoton duc la o estompare rapidă a fenomenelor morbide și o readaptare bună la locul de muncă. Intervalul remisiunii este însă de obicei scurt, recăderile fiind frecvente și rapide. Am observat însă că nu suprasolicitarea profesională ci acutizarea problematicii, a conflictelor sau a traumelor psihice familiale ocupă primul loc în declanșarea decompensărilor nevrotice. Aceste aspecte negative din mediul familial acționează ca factori de întreținere a tulburărilor iar la rîndul lor sînt perpetuați de dezechilibrul psihic al bolnavilor.

Discuția pe care o facem este asupra încadrării nosologice a acestor tulburări cu aspect nevrotiform. element important nu numai din punct de vedere teoretic ci și pentru orientarea activității terapeutice. Sindromologic, toate cazurile se pot încadra în diversele forme ale neurasteniei : anxioasă, depresivă și cenestopată, respectiv pentru cele trei grupe de bolnavi descrise. Toți bolnavii s-au prezentat la cabinet în stare de agravare a simptomatologiei, dar în nici unul din cazuri boala nu a putut fi definită ca o reacție acută la o traumă psihică, anamneza amănunțită neputînd separa debutul bolii de o perioadă anterioară de perfectă sănătate psihică. Toți bolnavii fără excepție își prezentau acuzele aproape ca pe un mod de existență, iar remisiunile rapide se datorau mai degrabă unei resemnări de fond a acestora, majoritatea dintre ei pretinzînd de fapt terapeutului doar asigurarea unei scurte perioade de liniște într-un moment ce le punea probleme mai deosebite.

Aspectul cronic al acestor tulburări, depistarea prezenței unor trăsături mai accentuate ale personalității premorbide, frecvența dizarmoniei în familiile respective, constituie elemente ce pun problema încadrării acestor afecțiuni în cadrul psihopatiei astenice, mai rar psihastenice și hipotimice.

Argumente pe care le considerăm importante pledează însă împotriva acestui diagnostic și anume : pregnanța simptomatologiei nevrotice și aspectele ei foarte concrete (în special cenestopate), intensitatea simptomelor, atitudinea tipic nevrotică a bolnavului conștient de suferința sa și luptînd împotriva ei. Trăsături asteno-depresive ale personalității premorbide au fost depistate doar în 30% din bolnavi și nu au fost de intensitate psihopatică. Deși intensitatea psihopatică este greu de apreciat, neexistînd limite clare între psihopatie și normal, credem că este bine să păstrăm eticheta de psihopatie pentru acel mic procent din populație a cărui deviere de la normal duce la deficiențe grave de adaptare și integrare socială. Dizarmoniile minore de personalitate constituie de fapt susceptibilitatea crescută la boală, „terenul“ oricărui nevrotic. Credem că tendința uneori abuzivă de a eticheta bolnavii psihici drept psihopați se poate datora fie unui „contratransfer“ negativ, fie unei nevoi de autojustificare a medicului dezarmat în fața rezistenței simptomatologiei. Confuzia cu psihopatia se produce tocmai din pricina aspectului cronic al tulburărilor, care în cazurile prezentate nu pot fi încadrate în tipuri de reacție nevrotică ci de dezvoltare nevrotică. Termenul de cronicizare a nevrozei implică depistarea unei faze acute a acesteia și a unei evoluții cronice progresive ulterioare iar termenul de psihopatizare a nevrozei necesită dovedirea faptului că modificările caracteriale sînt secundare evoluției simtomelor nevrotice. În majoritatea cazurilor studiate sindromul astenic a debutat încă din adolescență, iar particularitățile caracteriale s-au relevat din aceeași perioadă. În general nu s-au înregistrat traume psihice importante și într-o legătură inteligibilă cu episoadele mai acute, ci dimpotrivă, s-a remarcat de multe ori o estompare a simptomatologiei în perioade cu adevărat grele, și reacutizarea ei cînd lucrurile au factor declanșator reintrat în normal. Suprasolicitarea este exclusă ca ritmul și intensitatea muncii, monotonie-variație, concordanța dintre pregătire și aspirații, și locul de muncă fiind caracterizată de bolnavi aproape în toate cazurile ca pozitivă, în cadrul acestui institut cu profil de cercetare. În aceste condiții trebuie să recunoaștem rolul preponderent al constituției nevrotice în favorizarea acestor dezvoltări și să ne concentrăm asupra mobilizării forțelor pozitive ale bolnavului în procesul psihoterapeutic.

Deși psihoterapia este încă un deziderat la nivelul activității de policlinică, rămîne totuși importantă atitudinea față de bolnav, mai importantă decît terapia medicamentoasă aplicată. Chiar bolnavii cu un nivel intelectual ridicat își privesc „nevroza“ ca pe o realitate palpabilă, situată undeva în extremitatea cefalică depistabilă eventual prin electroencefalogramă. Prin decretarea unui diagnostic și prescrierea unei rețete accentuăm temerile hipocondriace ale bolnavului, dacă ne vom precupeți timpul și nu-i vom explica cu răbdare faptul că suferinţa sa nu are o bază organică. De aceea considerăm că psihoterapia este esenţială pentru relevarea conflictului nevrotic trăit de bolnav şi pentru mobilizarea forţelor sale sanogenetice chiar atunci cînd ea se reduce la o atitudine de liniştire şi de orientare de la sfera somatică către cea a suferinţei sale psihice.

The present paper is an analyses of morbidity caused by mental diseases in a research institution.

There were selected 20 persons with chronic disorders and it was given a detailed analyses of their symptomatology related with age, sex, profession, adaptation to the working place, premorbid personality, family problems.

Here it is pointed ont the prevailing role of the neurotic structure and the difficulties of integrating in the family life, having a proper adaptation to the working place and the intellectual requirement being irrelevant.

In the end there are made commentaries upon nosological integration and upon differential diagnosis with asthenic psychopathy.

APRECIEREA, INTEGRAREA ŞI RECUPERAREA HANDICAPULUI SOCIO-PROFESIONAL ÎN CADRUL INDUSTRIEI CHIMICE IEŞENE

P. Brânzei, M. Şelaru, I. Călugăru, T. Horopciuc
— *Iaşi*

Dezvoltarea impetuoasă a industriei moderne impune tot mai acut acordarea unei atenţii deosebite menţinerii sănătăţii oamenilor muncii şi prevenirii uzurii premature a capacităţii de muncă.

Industria chimică, prin specificul ei, generează în anumite momente şi condiţii un cadru potenţial nociv ce poate afecta sănătatea, prin îmbolnăviri profesionale sau accidente de muncă. În astfel de situaţii, oamenii pot fi expuşi unui risc de adaptare socio-profesională temporară şi parţială.

Analizînd dinamica incapacităţii temporare de muncă pe 15 ani în cadrul industriei chimice a municipiului Iaşi se constată că pe locurile I şi II se află alternativ afecţiunile digestive şi respiratorii, iar pe locul III şi IV se află, de asemenea, alternativ bolile cardio-vasculare şi nevrozele. Zilele de incapacitate temporară de muncă prin nevroze pentru 100 persoane au oscilat de la 15,80 zile în 1968, la 40,22 zile în 1976. Faţă de această situaţie şi în contextul morbidităţii generale, pentru a preveni fenomenele de risc adaptativ socio-profesional, Serviciul psiho-social (L.S.M.) al Spitalului clinic de psihiatrie „Socola" a iniţiat acţiuni de profilaxie primară şi secundară în majoritatea întreprinderilor municipiului, cu scopul recuperării active a riscului adaptativ prin crearea atelierelor diferenţiate de ergonomie integratorie.

În aceste condiţii, oamenii muncii nu trebuiesc scoşi în afara producţiei, ci recuperaţi şi integraţi în locuri de muncă adecvate posibilităţilor lor psihofiziologice, în scopul refacerii capacităţii de muncă prin instituirea unor măsuri ergonomice de îmbunătăţire a sistemului socio-profesional.

Din cadrul cercetării generale iniţiată de Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" Iaşi, prin Laboratorul de sănătate mintală, privind integrarea şi recuperarea riscului şi eşecului adaptativ socio-profesional în industria ieşeană, expunem în rezumat, în cele ce urmează, unele rezultate obţinute în cadrul Întreprinderii de antibiotice Iaşi, unde numărul semnificativ de îmbolnăviri profesionale a atras atenţia şi a mobilizat eforturile conducerii pentru prevenirea lor activă.

La Întreprinderea de antibiotice Iaşi, prin specificul ei, exercitarea unor meserii, profesii, funcţii are loc în condiţiile unor factori negativi de natură fizică, chimică sau biologică, precum şi în condiţiile solicitării diferenţiate a organismului ca sistem în procesul de muncă.

Oamenii muncii îşi desfăşoară activitatea într-un mediu cu noxe alergizante, de la materia primă (materialul de însămînţare), pînă la produsul finit (pulberea de antibiotice), care produce reacţii alergizante latente sau manifeste, în raport cu reactivitatea individuală a fiecărui angajat.

Specificul Întreprinderii de antibiotice Iaşi, sub aspectul sanogenezei şi a condiţilor de muncă rezidă în prezenţa pulberilor, aerosolilor sau soluţiilor de antibiotice, microorganismelor, precum şi prin manipularea în mod necesar a unei game foarte largi de solvenţi organici, ceea ce determină posibilitatea unei însumări de factori negativi ce pot favoriza apariţia unor îmbolnăviri profesionale, sau, ceea ce este mai grav, sensibilizare la medicamente. Aceste condiţii, în corelaţii cu reactivitatea individuală constituie dificultăţi pentru instalarea riguroasă a unor măsuri de profilaxie primară.

Analiza statistică a îmbolnăvirilor profesionale produse la Întreprinderea de antibiotice Iaşi din 1971 şi pînă în 1978 evidenţiază un număr de 294 cazuri de îmbolnăviri profesionale din care 106 cazuri au necesitat scutire medicală de 1653 zile.

De asemenea, am constatat că începînd din anul 1969 pentru aproximativ acelaşi număr de cazuri care au necesitat scutire medicală, numărul de zile de incapacitate temporară de muncă a crescut. Astfel, dacă în 1973 pentru 3 cazuri de îmbolnăviri profesionale au fost acordate 60 zile scutire, în 1979 pentru 3 cazuri de îmbolnăviri profesionale au fost acordate 117 zile scutire medicală, ca urmare a sensibilităţii accentuate, îndeosebi la persoanele cu o vechime de peste 20 ani în întreprindere.

Pe de altă parte, motivaţia acestui număr mare de zile de incapacitate temporară de muncă din ultimii ani este justificată şi de faptul că celor cu risc adaptativ socio-profesional, chiar dacă li s-a schimbat locul de muncă în aceeaşi întreprindere, nu întotdeauna s-au asigurat concomitent şi măsurile ergonomice necesare pentru a fi scoşi de sub influenţa noxelor la care deveniseră sensibili.

Referitor la accidentele de muncă, luînd în analiză doar perioada 1974—1978 situaţia statistică evidenţiază o reducere simţitoare a lor. Aceasta explică grija de a asigura omului securitatea necesară în timpul muncii, precum şi organizarea unui număr tot mai mare de locuri de muncă.

În cadrul cercetării am efectuat graficul frecvenţei accidentelor de muncă pe perioada 1974—1978. Graficul frecvenţei accidentelor active şi pasive, frecvenţa accidentelor pe zile, frecvenţa accidentelor pe ture, precum şi relaţiile dintre accidente şi vîrstă şi tipologia accidentelor, anexe pe care le-am realizat în cadrul cercetării de ansamblu.

Aceasta fiind situaţia existentă, pentru ameliorarea ei am conceput mai întîi anumite metode de apreciere a handicapului socio-profesional.

Pentru evidenţierea implicaţiilor asupra omului şi activităţii sale, a aspectelor legate de durata zilei de lucru, de organizarea regimului de muncă şi odihnă, de organizarea muncii, de munca în schimburi, de ambianţa fizică şi psihică a muncii, precum şi cercetarea fenomenului de oboseală, am conceput şi aplicat două categorii de chestionare, unul la nivel de întreprindere şi altul la nivelul locului de muncă, pe un eşantion de 150 oameni ai muncii din întreprindere.

Ştiind că orice activitate profesională implică un complex de reacţii organo-funcţionale de adaptare în raport cu specificul, durata şi intensitatea muncii şi că în orice activitate este necesar un sistem de coordonare neuro-senzorială şi neuro-psihică, am încadrat activităţile profesionale din industria chimică în două categorii :

— activităţi profesionale cu participarea importantă a componentei de adaptare musculară şi metabolică în care efortul fizic reprezintă caracteristica principală a muncii ;

— activităţi profesionale în care domină componenta neuro-senzorială şi neuro-psihică şi în care efortul psihic este preponderent.

Intensitatea efortului fizic l-am apreciat prin consumul energetic solicitat de tipul de activitate profesională şi am constatat că majoritatea activităţilor din industria chimică cuprind tipuri de efort ce nu depăşesc normele statuate legal şi în care factorii limitativi sînt reprezentaţi de durata muncii şi monotonia ei.

În cadrul psiho-profesiogramelor alcătuite cu prilejul cercetării, am apreciat valoarea componentei energetice şi neurosenzoriale ale profesiunilor de bază din întreprindere, situaţie de care am indicat să se ţină cont la angajare.

Pentru aprecierea efortului neuropsihic am utilizat un punctaj estimativ, conform căruia am apreciat forma şi intensitatea proceselor neuropsihice solicitate de activităţile profesionale (reflexe simple, reflexe complexe, funcţii nervoase superioare, atenţie, raţionament, coordonare neurosenzorială etc.).

În urma analizei critice am constatat că în sectorul chimic, componenta de adaptare motrică (musculară) şi care necesită un consum mediu sau uneori crescut de energie este caracteristică următoarelor profesiuni : manipulanţii materiilor prime pentru pregătirea amestecurilor, muncitori de la cernerea materialelor brute, încărcarea şi descărcarea mecanizată a materialelor, muncitori auxiliari, mecanici de la atelierele de reparaţii.

Componenta de adaptare neurosenzorială cu efort intelectual mediu sau intens predomină în activitatea operatorilor de la tablourile de comandă, a laboranţilor, şefilor de schimb, maiştrilor, electricieni, macaragii, electronişti.

Dar specificul activităţilor în ramura chimiei este determinat de ambianţa particulară a muncii în acest sector :

— microclimat (temperatură, umiditate, viteza aerului) ;

— noxe, (pulberi, zgomote, trepidaţii, substanţe toxice).

Prezenţa acestora diferenţiază răspunsul organismului în cadrul efortului de adaptare şi condiţionează negativ adaptarea socio-profesională cu risc potenţial de apariţie a unor fenomene dezadaptative.

În acest sens, subliniem că şi activităţile profesionale care necesită un consum energetic şi neuropsihic foarte redus, dacă se desfăşoară în condiţii nefavorabile fizice şi psihice de ambianţă profesională, se pot transforma în procese de muncă ce necesită eforturi mari de adaptare ; aşa este cazul operatorilor chimişti, de exemplu.

În toate aceste cazuri, sistemele de adaptare ale organismului sînt puse în faţa unor sarcini sporite, astfel încît potenţialul funcţional este solicitat concomitent şi de natura şi intensitatea efortului profesional şi de condiţiile existente la locul de muncă.

Pentru menţinerea capacităţii de muncă a celor cu risc adaptativ socio-profesional am organizat în cadrul secţiei de unguente un „Sector diferenţiat de ergonomie recuperatorie", cuprinzînd un număr de 128 persoane pentru ambalarea unguentelor, în cadrul căruia a fost elaborat un plan de măsuri de organizare a producţiei şi a muncii, funcţie de posibilităţile şi limitele psihofiziologice ale celor handicapaţi şi realizarea unor sarcini de producţie adecvate, precum şi proiectarea unui regim de muncă şi odihnă specific.

ASPECTE NOI ÎN STUDIUL INTEGRĂRII SOCIO-PROFESIONALE

Gh. Bălăceanu
— *Iași*

E necesar să precizăm de la început că noi considerăm integrarea profesională ca un factor indispensabil al socializării, văzută ca o realizare plenară a personalității umane în toate sferele vieții sociale în care ea își joacă rolurile. Cadrul natural și social este același pentru toți indivizii unei colectivități însă perceperea lor va fi diferită în funcție de particularitățile fiecăruia și de perioada de timp la care ne referim. Nu ar trebui deci să căutăm niște factori ai integrării ci va trebui să analizăm influențele pe care le recepționează omul din partea cadrului natural și social, influențe care îi vor permite sau nu să-și satisfacă aspirațiile socialmente admise. Cu cît vor fi mai multe frîne în realizarea aspirațiilor cu atît individul va fi mai puțin socializat și implicit mai slab integrat profenional. Să nu omitem nici compensațiile : lipsa satisfacției pe un anumit plan va naște dorința obținerii satisfacției în alt plan sau, realizarea satisfacției într-un plan, să facă momentan netrebuincioasă satisfacția în alt plan ; lipsa satisfacției repetată, în diferite planuri ale vieții sociale, va arunca individul fie în plasa satisfacțiilor neacceptate social sau a moduirlor antisociale de obținere a satisfacției, fie îl va dezechilibra psihic. Ținînd cont de compensații va trebui să analizăm modul în care se interinfluențează diferitele planuri ale vieții sociale la nivelul recepției individuale. În această direcție am orientat ancheta noastră realizată prin chestionar psihosocial elaborat de noi, pe un lot de 278 muncitoare din 4 secții ale unei întreprinderi de tricotaje. Chestionarul a vrut să surprindă condițiile de locuit, calitatea somnului, nemulțumirile familiale, calitatea timpului liber (petrecut în mod odihnitor sau obositor), nemulțumirile la locul de muncă, adaptarea la munca în schimburi, oboseala, atașamentul la meserie și tendința de fluctuație. Răspunsul la fiecare item a fost notat după intensitate, putîndu-se calcula pentru fiecare din factorii de mai sus un indice care varia între zero și unu, rezultatul putînd fi astfel considerat slab, mediu sau bun. Utilizînd pentru analiza distribuțiilor răspunsurilor o matrice imaginată de noi după modelul matricelor sociometrice, am putut cantifica influența fiecăruia din factorii de mai sus luat separat, asupra celorlalți și viceversa. În urma acestei cantificări am putut obține o ierarhizare a acestor factori după influența pe care o exercită asupra celorlalți și o altă ierarhie după cantitatea de influență recepționată. (Pentru modalitatea de analiză și modul de obținere a acestor ierarhii, pe care nu le putem expune în această lucrare, rămînem la dispoziția cercetătorilor interesați).

Iată cum se prezintă pentru cele 4 secții cele două ierarhii :

Tabel nr. 1

IERARHIA DUPĂ INFLUENȚA EMISĂ

	Secția I	Secția II	Secția III	Secția IV
Condiții de locuit	4	6	*2*	*2,5*
Calitatea somnului	5	5	5,5	5,5
Nemulțumirile familiale	9	7,5	8,5	9
Calitatea timpului liber	6,5	9	8,5	7
Nemulțumirile la locul de muncă	8	7,5	7	8
Adaptarea la muncă în schimburi	*3*	*2*	4	5,5
Oboseala	*2*	*3*	*3*	*2,5*
Atașamentul la meserie	*1*	*1*	*1*	*1*
Tendința de fluctuație	6,5	4	5,5	4

Tabel nr. 2

IERARHIA DUPĂ INFLUENȚA RECEPTATĂ

	Secția I	Secția II	Secția III	Secția IV
Condiții de locuit	9	9	9	9
Calitatea somnului	*1*	2	*3*	*2,5*
Nemulțumirile familiale	*2*	5	*5*	5
Calitatea timpului liber	*3,5*	8	8	7
Nemulțumiri la locul de muncă	5,5	6,5	*3*	*2,5*
Adaptarea la munca în schimburi	7	6,5	6,5	9
Oboseala	8	4	*3*	*4*
Atașamentul la meserie	5,5	*3*	6,5	6
Tendința de fluctuație	3,5	*1*	*1*	*1*

(locurile în ierarhie au fost stabilite după modelul de calcul al rangurilor)

Ținem să atragem atenția că aceste ierarhii sînt valabile numai pentru această colectivitate în care am efectuat investigația, la alte locuri de muncă sau alte întreprinderi ordinea putîndu-se schimba. În funcție de locul din ierarhie după influența emisă și receptată vom putea stabili agenții cauzali ai slabei integrări profesionale și în același timp prioritățile de intervenție asupra unuia sau altuia din factorii analizați. Dacă privim locurile factorilor în cele două ierarhii, vom observa că apar diferențe destul de mari de la o secție la alta mai ales după cantitatea de influență receptată ; factorii care recepționează mai multă influență vor fi primii care vor afecta integrarea profesională și vor necesita intervenții în direcția ameliorării lor.

Intercondiționările dintre factorii prezentați vor fi de intensități diferite de la individ la individ, loc de muncă, secţie, întreprindere la alta, date fiind contextele diferite în care se întrepătrund. În cazul nostru am putut observa acest lucru din tabelele determinanţilor calculaţi pentru obţinerea intensităţii relaţiei dintre doi factori, valoarea determinantului oscilînd între — 10.000 şi + 10.000.

Considerînd relaţia evidentă între doi factori atunci cînd valoarea determinantului depăşea 30% din valoarea maximă, în tabel respectivele valori fiind subliniate ,am observat că apar diferenţe destul de mari de la o secţie la alta ca număr de determinanţi cu valoarea de peste 30% din valoarea maximă cît şi ca mărime a valorii unor determinanţi calculaţi pentru aceiaşi factori.

Din analiza ergonomică a locurilor de muncă la care s-a întreprins ancheta se pare că strîngerea interrelaţiilor dintre factorii studiaţi ar depinde în mare măsură şi de gradul de dificultate a sarcinilor de muncă sau mai bine spus de perceperea acestor dificultăţi.

În încheiere, dorim să subliniem încă odată că aceiaşi factori care contribuie la socializarea individului deci şi la realizarea integrării socioprofesionale se vor întrepătrunde şi interinfluenţa de maniere şi intensităţi diferite în funcţie de individ, loc de muncă, întreprindere şi chiar localitate sau zonă geografică, fiind vorba de contexte diferite în care fiecare factor va căpăta ponderi diferite în raport cu ceilalţi. Este deci necesar a cunoaşte ponderea acestor factori în relaţiile de interinfluenţă ce se stabilesc la nivelul percepţiei individuale pentru a putea interveni asupra celor care se reliefează drept cauze ale slabei integrări profesionale, modul nostru de obţinere a ierarhiilor de influenţă fiind util în această direcţie.

By using a psycho-social test, 278 women (from 4 sections of a knit goods) factory were investigated. Depending on the ausvers score au index for every factor was calculated, and we analized the distribution of the ausvers versus the index found, by the use of a matrix resembling the sociometric matrix. With such approach we were able to quantify the influence of every factor upon all others, and viceversa, by computing determinants. As a function of the quantity of emitted and recepted influence (taken after the value of the determinant), we obtained the hierarchy of the factors finding variations even between the sections of the same factory, concluding that the same factors which compete to the integration are interconnected in different ways into different contexts, and their influence will be differentiated. The raising of the integration level is possible in the measure of our knowledge of these influences (from this point of view, our approach would be of value), with the purpose to discover the causal factors to ba influenced, taking into accaunt that the integration already achieved is, in fact, a dynamic process which maintains its level if the factors implied keep the same kind of influence.

POSIBILITĂŢI RECUPERATORII LA BOLNAVII CU SINDROM PSEUDOBULBAR ŞI TULBURĂRI PSIHICE

E. Nemţeanu, V. Hrimiuc, C. D. Popescu, Viorica Mihailovici
— *Iaşi*

Cu excepţia sindromului pseudobulbar (SPB) realizat prin leziune bilaterală a operculului rolandic (entitate clinică extrem de rară descrisă de Ch. Foix), şi parţial a formelor geniculate pure, toate celelalte forme cuprind în simptomatologia lor şi simptome psihice de intensităţi variabile, dar cu un minimum însumînd labilitate psihică şi crize de plîns sau rîs spastic. Forma comună de SPB însumează tulburări psihice de mai mare desfăşurare, atingînd gradul maxim în SPB forma demenţială. Pornînd de la descrierea lui P. Marie, unii autori deosebesc un „sindrom al lacunarilor“, în care se constată o simptomatologie amplă, polimorfă a unui SPB asociată unei deteriorări intelectuale mult mai evidente, ceea ce de fapt ar corespunde formei demenţiale de SPB. În realitate, acest sindrom este o nuanţă anatomo-patologică a unui SPB obişnuit care în chip teoretic trebuie să aibă minimum două leziuni situate simetric sau mai ales asimetric în cele două jumătăţi ale encefalului, interceptînd în mod obligator frasciculul geniculat bilateral. În plus, există şi forme focale ale demenţelor arteriopatice care pot să-şi adjudece în tabloul lor şi elemente neurologice, determinînd un SPB. J .DELAY şi S. BRION (1962), apreciază că formele focale ating 50% din totalul demenţelor arteriopatice, dar numai uneori conturează tardiv alura unui SPB.

În imensa majoritate a cazurilor, SPB este de cauză vasculară, datorat unor leziuni microtrombotice şi / sau microhemoragice în teritoriul arterelor lenticulo-striate, cu repercursiuni în regiunea nucleilor de la baza creierului. După C. FISHER (1965 şi 1969) leziunile bilaterale ale tractusurilor cortico-nucleare apare cel mai frecvent în regiunea nucleilor bazali, în centrum ovale şi punte. Leziunile determină unele lacune cu diametru variind între 0,5 mm şi 1,5 cm, de formă neregulată, lacune ce se instalează în etape deosebite, realizînd cîteodată aspectul de „etat lacunaire“. Trebuie menţionat că starea lacunară se deosebeşte de aspectul „état criblé“ întrucît în acest din urmă caz este vorba doar de o lărgire a spaţiilor perivasculare, fără leziune parenchimatoasă. C. FISHER efectuînd examinări necropsihice pe 1042 creiere la decedaţi de boli diferite, găseşte lacume în 114 cazuri (11,25%), din care doar 8,7% din cazuri aveau vîrsta sub 50 ani. În cele 114 creiere cu leziuni, s-au numărat 376 lacune, deci în medie 3 pe caz studiat; din acestea, doar 41 erau de tip hemoragic, restul fiind datorate unui mecanism schemic. Încercînd să descifreze patogenia SPB, G. UKIDA şi col. (1979) au urmărit aspectele angiografice la 22 bolnavi cu acest sindrom, în comparaţie cu 40 bolnavi cu boală cerebro-vasculară. Concluziile sînt deosebit de interesante întrucît ele arată că pentru apariţia stării lacunare trebuie să existe leziuni în ambele sisteme, carotidian şi vertebro-bazilar, fie numai de tip stenozant-ocluziv, fie de acest tip într-un sistem asociat cu un defect de dezvoltare embriologică în celălalt sistem, cel mai frecvent în sistemul vertebro-bazilar. În acest mod se poate înţelege de ce microramolismentele apar în teritoriul de graniţă între cele două sisteme (ipoteză emisă de E. HUTCHINSON —1956), deoarece în acest teritoriu, căderea debitului într-un sistem este supleată de celălalt pînă în momentul în care şi acesta îşi modifică regimul de perfuzie; de asemenea apare astfel şi explicaţia pentru care un SPB poate să se instaleze încă de la primul accident vascular cerebral, în special în cazul în care sistemele arteriale implicate sînt opuse şi ca localizare dreapta-stînga (spre exemplu leziuni pe carotida dreaptă şi vertebrala stîngă). Se poate deduce cu uşurinţă că repercursiunile circulatorii în teritoriul talamic, hipocampic, al pilierilor posteriori ai fornixului, al corpilor mamilari, etc., adună tulburări din domeniul comportamentului psihic, precarizînd starea bolnavului.

În intervalul martie 1979—aprilie 1980, am urmărit un număr de 14 bolnavi cu SPB din care 11 bărbaţi şi 3 femei, cu vîrsta cuprinsă între 37 şi 86 ani la bărbaţi şi 54 şi 66 ani la femei. Media de vîrstă la bărbaţi a fost de 65 de ani, iar la femei de 60 ani. Pentru a evita orice confuzie, în diagnosticul clinic s-a pornit de la constatarea semnelor caracteristice ale sindromului care în evoluţie s-a complicat cu tulburări psihice mai accentuate; nu s-a avut în vedere nici un caz în care SPB s-a grefat pe un alt tablou clinic, în special psihiatric. Durata de la debutul bolii a oscilat între 1 şi 9 ani pentru bărbaţi şi 2 pînă la 5 ani la femei, cu o medie de 3 ani şi 4 luni la bărbaţi şi de 3 ani la femei. Cu excepţia a 2 cazuri la care simptomatologia a rămas quasi staţionară (la un bărbat de 37 ani cu evoluţie de 7 ani şi la un altul de 79 ani şi evoluţie de 9 ani), la toţi ceilalţi tabloul clinic s-a complicat progresiv, uneori chiar cu alură rapidă. Din lotul de bolnavi, în 11 cazuri era evidentă instalarea SPB după accidente vasculare succesive, pe cînd în 3 cazuri tabloul clinic s-a realizat încă de la primul accident cerebro-vascular, cu toate că în antecendentele bolnavilor ca şi în comportamentul socio-profesional anterior îmbolnăvirii nu se nota nici o minimă suferinţă. Boala de bază care a generat substratul SPB a fost ateroscleroza cerebrală în 11 cazuri, din care 5 cu hipertensiune arterială secundară, iar în celelalte 3 cazuri elementul patologic iniţial a fost o hipertensiune arterială cu aspect esenţial, cu valori mari şi de lungă durată, la care s-au adăugat elemente de arterioscleroză. Într-un singur caz, alături de elemente de ateroscleroză generalizată, mai exista şi o bronşită cronică astmatiformă cu cord pulmonar, care agrava starea bolnavului.

În toate cazurile erau prezente tulburările neurologice ale unei forme comune de SPB, dar la 8 bolnavi tulburările psihice erau mai accentuate. Alături de tulburări de memorie şi labilitate afectivă cu crize de rîs sau plîns spastic (scurte sacade de fals rîs au fost constatate în 3 cazuri), bolnavii prezentau dezorientare temporo-spaţială, bufee confuzionale, iritabilitate sau chiar agresivitate verbală, etc. De remarcat faptul că 7 din aceşti bolnavi aveau cifrele tensiunii arteriale la valori mari, foarte probabil de lungă durată; la aceste cazuri, hipertensiunea arterială fusese fie cauza desfăşurării evenimentelor morbide, fie apăruse secundar în tabloul clinic al aterosclerozei cerebrale. Doar într-un singur caz cu valori tensionale mari, tabloul clinic a conservat un aspect staţionar de-a lungul a 7 ani, probabil pentru faptul că bolnavul era un adult tînăr de 30 de ani cînd i-a survenit boala. Numai într-un singur caz de SPB cu tulburări psihice mai accentuate nu s-a constatat o hipertensiune arterială pe durata spitalizării, dar în schimb fusese constatată şi tratată anterior. 6 dintre bolnavi au fost internaţi în mod repetat de 2 sau 3 ori, fiind urmăriţi în acest mod pe durata de cel puţin 6 luni.

Tratamentul aplicat a constat în mod sistematic în medicaţie antihipertensivă adaptată cazului (din categoria hipazin, propranolol, clonidină, hipopresol, diuretice), vasodilatatoare (vitamina PP, sadamin, gerovital), antiagregante (aspirină, persantin), timoleptice (antideprin, anafranil), şi uneori neuroleptice (plegomazin, neuleptil, haloperidol). La 2 bolnavi s-a administrat stricnină şi miostin. Pe măsură ce valorile tensionale arteriale se apropiau de limitele normale, bolnavii intrau în program de fizioterapie (după caz, ionizări cu IK, cu Cl_2Ca sau stimulări) şi program de masokinetoterapie, ce cuprindeau masaje parţiale sau generale, mobilizări pasive în unele articulaţii, mişcări active generale de reconfortare, educaţia mersului şi exerciţii respiratorii.

Ca urmare a tratamentului utilizat şi a metodelor de reeducare funcţională, 10 bolnavi şi-au ameliorat elementele tabloului clinic pe care îl prezentau, unii în mod notabil, în special cei cu tulburări psihice mai accentuate, ce deveniseră dependenţi de ajutorul altor persoane din familie. Ameliorarea a survenit în limitele disponibilităţilor fizice ale fiecărui caz, prin amendarea tulburărilor psihice, prin normalizarea valorilor tensiunii arteriale şi prin efectuarea de programe de cultură fizică medicală de revigorare sau de corecţie funcţională. În alte 3 cazuri, care de fapt nu evidenţiau decît tulburări psihice minore, obişnuite unei forme medii de SPB, starea a rămas nemodificată, tabloul clinic rămînînd neschimbat de foarte mulţi ani (între 5 şi 9 ani). În sfîrşit, într-un caz cu elemente astazo-abazice, influenţarea pozitivă a tulburărilor a fost minimă, apreciindu-l ca staţionar; acest caz este în tratament permanent, urmînd ca după o perioadă de cîteva luni să poată fi corect apreciat.

PROBLEME NEUROPSIHOLOGICE ÎN REINTEGRAREA SOCIALĂ A AFAZICILOR TRAUMATICI ȘI VASCULARI

M. Rusu, Viorica Vasiliu, Gh. Săndulescu, Aurora Stanciu
— *Iași*

Reabilitarea modalităților de limbaj perturbate la bolnavii cu leziuni organice cerebrale constituie o problemă importantă a neuropsihologiei ca urmare a faptului că cerințele sociale din ce în ce mai mari obligă însușirea de către terapeuții de diverse specialități și la diferite nivele a viziunii recuperatorii maxim posibile. Înscriindu-se pe linia unor preocupări vechi ale clinicii noastre în acest sens studiul nostru încearcă a arăta măsura în care defectul instrumental restant permite bolnavilor afazici reluarea activității lor.

Material și metodă

Din totalitatea bolnavilor afazici spitalizați în ultimii trei ani am ales 40 de bolnavi cu afazii traumatice și vasculare care au fost supuși unui tratament recuperator specializat pentru limbaj, situat pe pozițiile psiholingvisticii, început de la aproximativ 2 săptămîni de la debut sau de la intervenția chirurgicală și continuat minim două luni cu ședințe recuperatorii zilnice de la 30—100'. La externare bolnavii plecau cu recomandări și cu un program recuperator bine fixat. S-a urmărit evoluția posibilităților lor de comunicare verbală timp de 2 ani. Bolnavii au fost reexaminați (după minim 4 l. și maxim 2 ani) pentru evaluarea cantitativă și calitativă a elementelor afazice restante în vederea reintegrării lor sociale.

Din cei 40 de bolnavi : 20 traumatici și 20 vasculari, grupați în cîte 2 categorii : bolnavi traumatici care au suferit intervenții chirurgicale (hematoame extradurale, subdurale, dilacerări) și bolnavi fără tratament chirurgical cu contuzii cerebrale medii și grave ; bolnavi vasculari cu intervenții chirurgicale pentru malformații, anevrisme, hematoame intracerebrale și bolnavi vasculari ce nu au necesitat asistență chirurgicală : tromboze, tromboflebite, hemoragii subarahnoidiene, etc. Menționăm că toți bolnavii au fost diagnosticați clinic și neuroradiologic.

S-au ales mediile de vîrstă cele mai active pentru viața socială, astfel că repartiția acestora se prezintă : 17—24 ani — 5 bolnavi, 25—34 ani — 10 bolnavi, 35—44 ani — 10 bolnavi, 45—54 ani — 9 bolnavi, 55—58 ani — 6 bolnavi.

Grupînd bolnavii pe nivel de instrucție școlară și profesională precizăm : 15 bolnavi declară 0—4 clase, 12 bolnavi — 4—7, 8 clase, 10 bolnavi — 8—12 clase (studii medii) și 3 bolnavi studii superioare. Comparînd repartiția vîrstelor și a nivelului de instrucție pe cele 4 categorii a cîte 10 bolnavi menționăm că acestea au fost echilibrate cu excepția grupei de bolnavi vasculari nechirurgicali unde majoritatea bolnavilor au fost cu studii medii.

Reexaminarea bolnavilor s-a făcut după foaia de observație pentru afazie — Kreindler la care s-a adăugat conversația standard din bateria pentru examinarea afaziei elaborată de Institutul de Neurologie și Psihiatrie București ce permite stabilirea indicelui valorii de comunicare verbală iar în cazurile în care a fost posibil s-a calculat Q.I. cu scara verbală W.A.I.S.

Rezultate și discuții

Fiind o clinică pentru bolnavi acuți recuperarea bolnavilor a început în multe cazuri de la fenomene senzoriale importante cu posibilități zero sau minime de exprimare verbală, cu apraxii sau dispraxii severe buco-linguale care au necesitat o activitate laborioasă în primele ședințe (exerciții de miogimnastică bucolinguală, exerciții în fața oglinzii, etc.). Au fost eliminate sindroamele confuzionale.

În sintetizarea dificultăților de tip afazic restante procedăm la o depășire a sistemului consacrat de clasificare a formelor de afazie plecînd de la ideea că forme pure nu există decît în mod excepțional, ci totdeauna forme mixte, iar în cazul afaziilor restante indiferent de etiologia acestora se poate spune că predominența motorie este netă. De aceea în evaluarea noastră am luat în considerare numai ceea ce este fundamental tulburat în orice formă de afazie și anume, semantica încodării și decodării lingvistice, tulburare ce determină în cel mai înalt grad mărimea indicelui valorii de comunicare a semnului lingvistic și pe care noi le numim dificultăți paradigmo-sintagmatice. Astfel am încercat a sintetiza varietatea și multitudinea planurilor la care se evidențiază tulburări la bolnavii cu leziuni organice cerebrale în trei categorii :

1. Fenomene afazice restante majore, care cuprind : — dificultăți paradigmo-sintagmatice majore ; — apraxie lingo-facială (de la anartrie pînă la dispraxia severă ce nu permite bolnavului decît schițarea cîtorva cuvinte uzuale și eventual numele) ; — sindrom de dezintegrare fonetică major (începînd de la jargonul parafazic integral nesemantic și pînă la dezordinea fonetică structurată pe cuvînt) ; — alexie, agrafie, acalculie — ca suspendare a posibilităților de comunicare paralingvistice (de la absența totală a acestor modalități de limbaj pînă la reușita bolnavului de a recunoaște și scrie cîteva litere sau silabe, cifre).

2. Fenomene afazice restante moderate care cuprind : — dificultăți paradigmo-sintagmatice medii ce mențin un nivel al indicelui valorii de comunicare între 0,3—0,6 ; — dispraxie bucolinguală moderată ; — sindrom de dezintegrare fonetică ușor ; — dislexie, disgrafie, discalculie cu moderate dificultăți de sinteză a cuvintelor, cu omisiuni, substituiri de litere și silabe și mai ales cuvinte de legătură (articole, prepoziții, conjuncții) dar care fac totuși inteligibilă comunicarea prin aceste modalități de limbaj.

3. Fenomene afazice restante ușoare care cuprind : — dificultăți paradigmo-sintagmatice ușoare cu parafazii puțin frecvente cel mai adesea în același cîmp semantic și cu perifraze cu indice al valorii de comunicare peste 0,7 ; — inatenție în limbaj cu ușor agrama-

tism şi uşoară disortografie ; — lentoare în vorbire ca procedeu de mascare a dificultăţilor de a depista termenul necesar ; — tulburări de ritmică minore şi schimbarea accentului ; — uşoară dizartrie şi balbism.

Din bolnavii studiului nostru au prezentat :

- Din categoria 1—10 bolnavi din care 4 traumatici, 6 vasculari.
- Din categoria 2—14 bolnavi din care 7 traumatici, 7 vasculari.
- Din categoria 3—14 bolnavi din care 7 traumatici, 7 vasculari.
- Fără fenomene afazice restante, 2 bolnavi traumatici.

Nivelul şi intensitatea tulburărilor afazice restante în contextul tabloului clinic general au permis ca la 24 de bolnavi (14 traumatici şi 10 vasculari) să se indice reluarea activităţii. Desigur, începînd cu nivelul mediu al fenomenelor restante se permite reîncadrarea în muncă cu sau fără schimbarea locului de muncă pentru muncitorii necalificaţi sau minim calificaţi. Nu acelaşi lucru se poate spune şi despre bolnavii cu studii medii şi superioare ce nu pot reveni în activitate decît cînd ajung la nivelul fenomenelor afazice restante uşoare şi chiar fără fenomene restante întrucît pentru aceştia exigenţa socială la nivelul limbajului, a tuturor modalităţilor de limbaj este maximă — pe de o parte, iar pe de alta, eficienţa posibilităţilor lor de exprimare este diminuată de inhibiţia comportamentului verbal determinată de conştiinţa propriului deficit şi de trăirea sentimentului inferiorităţii lor, fapte ce adaugă şi alte manifestări ce stînjenesc şi intensifică dificultatea lor de reintegrare socială.

Delimitînd perioada de timp după care a fost reluată activitatea raportată la grupele de vîrstă se observă din tabel că :

Tabel nr. 1

Vîsta	Sub 6 l	6 l—1 an	1 an—1 an 6 l	1 an 6 l—2 ani	N-au reluat activitatea
17—24 ani	I	I		—	——
25—34 ani		II	III—	——	I—
35—44 ani	I		II—	I	I———
45—54 ani		II	——	I—	II—
55—58 ani			—	—	II——

(I) — bolnavi traumativi (—) — bolnavi vasculari

Majoritatea bolnavilor din vîrstele intens active 25—55 ani reuşesc să reia activitatea după intervale 1—2 ani şi această posibilitate scade pe măsură ce vîrsta înaintează atît la bolnavii traumatici cît şi la cei vasculari (şi în majoritatea la cei nechirurgicali deci a căror gravitate a leziunii a fost mai mică). Excepţie fac 2 bolnavi vasculari din prima categorie de vîrstă la care menţionăm componenta frontală importantă ce nu a permis reconstituirea limbajului spontan minim suficient (un hematom intracerebral operat după o ruptură de malformaţie vasculară şi o tromboză sylviană). De asemenea trebuie menţionat că nu tuturor celor 14 bolnavi cu fenomene afazice restante moderate şi 14 bolnavi cu fenomene afazice uşoare li s-a indicat reîncadrarea în muncă deoarece tabloul clinic neurologic restant aducea date ce nu permiteau aceasta (hemipareze, epilepsii). Un alt motiv care a împiedicat reluarea activităţii îl constituie fondul A.S.C. în special la bolnavii vasculari şi encefalopatiile posttraumatice ce adaugă deficitului instrumental o scădere globală a operativităţii procesului de cunoaştere, scăderea nivelului general al personalităţii — parametrii importanţi ce ridică probleme serioase în procesul de adaptare la condiţii de mediu ce solicită plasticitate, rapiditate, eficienţă.

La cea de a treia categorie de bolnavi cu fenomene afazice restante uşoare, s-a calculat Q.I. pe scara verbală W.A.I.S. Aria coeficientului acestora este destul de restrînsă şi scăzută (de la 64—78). Bolnavii fără fenomene restante au revenit la un Q.I. propriu şi anterior accidentului. Menţionăm la toţi bolnavii o scădere a memoriei de fixare cu predominenţa informaţiei verbale (curba lor de achiziţie la proba Rey — 15 cuvinte nedepăşind mediile de : I—3 ; II—2,5 ; III—4 ; IV—5,5) exceptînd cei doi bolnavi fără fenomene restante menţionaţi mai sus.

This paper presents the quantitative and qualitative evolution of the remaining aphasic disturbances in 40 traumatic and vascular patients who have benefited of a specialized recovery treatment for all the kinds of language in the first months from the onset of the disease.

The rehabilitation process of the a phasic disturbances is more rapid and more important in the traumatic patients as compared to the vascular ones and this fact is more evident the younger the patients and the less the organic lesion they have suffered from. This fact enables them to take up their productive activity sooner especially in the cases of a smoller social exigency at the level of the verbal behaviour.

POSIBILITAŢI ŞI LIMITE ÎN RECUPERAREA BOLNAVILOR CU SINDROAME PSIHO-ORGANICE PRIN ATROFIE CEREBRALĂ

E. Nemţeanu, V. Hrimiuc, Viorica Mihailovici, C. D. Popescu
— Iaşi

Atrofia cerebrală este rezultanta intervenţiei sau dereglării unor multipli factori avînd ca termen final, macroscopic, o diminuare a reliefului circumvoluţiilor cu o lărgire a şanţurilor scizurale precum şi o dilatare a cavităţilor ventriculare. Apărută cel mai adesea într-un context clinic neclar şi fără o înscriere taxonomică precisă, atrofia cerebrală figurează de multe ori doar ca o constatare tardivă în cadrul investigaţiilor paraclinice pentru o stare de demenţiere progresivă sau cu ocazia unui examen necropsic efectuat pentru cu totul alte motive. Statutul atrofiei cerebrale apare astfel subordonat unor stări definite destul de bine clinic dar fără o explicaţie suficient de fondată histologic şi metabolic. Dacă în multe situaţii atrofia reprezintă modul de involuare cerebrală a unor zone supuse insultelor anatomice de cauză bine precizată (infecţii, traumatisme, ramolismente etc.), în multe altele ea apare treptat, lent progresivă, sau este o constatare necropsică, în afara unei corespondenţe clinice evidente.

Fără a se cunoaşte prea bine intimitatea proceselor ce duc la atrofia cerebrală se incriminează factori mecanici, factori vasculo-circulatori şi factori metabolici aparţinînd economiei neuronale sau nevrogiale.

Factorii mecanici apar foarte evident în hidrocefalia cu presiune normală („normal pressure hydrocephalus" — HAKIM şi ADAMS — 1965) în care blocarea circuitului normal de scurgere a lichidului cefalo-rahidian prin aderenţe arahnoidiene antrenează o încetinire a rezorbţiei cu dilatarea consecutivă a ventriculilor şi disfunţie progresivă encefalică. Datele aparţinînd conceptului de „enlargement ventricle" dezvoltat în special de studiile succesive ale lui A. LONNŰM şi col. (1968, 1970, 1974, etc.) tind să pledeze în favoarea unor factori legaţi de diverse forme ale traumatismelor. De altfel, eficienţa terapeutică a drenajului cerebro-cardiac (ventriculo-atrial) din hidrocefalia cu presiune normală, evidenţiază net prezenţa factorului mecanic.

Cît priveşte influenţa factorilor circulatori şi metabolici, ei nu au probat o influenţă certă, deşi apare ca foarte logică ; rolul constituenţilor metabolici pare de netăgăduit dar factorul dezlănţuitor şi înşiruirea fenomenelor rămîn de demonstrat.

Rolul fatorului circulator apare pregnant atît din constatarea multor atrofii cerebrale la bolnavi cu accentuate semne de ateroscleroză generalizată şi cu hipertensiune arterială cît şi din nenumărate experienţe efectuate la persoane în vîrstă cu atrofie demonstrată şi diferite stadii de demenţiere.

Studiind aspectul circulaţiei regionale prin mijlocirea inhalaţiei de Xe^{133} la subiecţi normali cu vîrste între 30—70 ani şi bolnavi cu atrofie cerebrală cu vîrste cuprinse între 45 şi 79 ani, E. MELAMED şi col. (1979) au constatat o scădere semnificativă a debitului vascular la grupul cu modificarea atrofică. Atrofia cerebrală şi dilatarea ventriculară a fost apreciată prin indicele EVANS calculat pe imaginile tomodensitometrului computerizat. În timp ce persoanele normale în vîrstă de 61—79 ani aveau o medie a perfuziei saguine cerebrale de 45,1 ± 1,7 ml/100 g/min. pentru emisferul drept, un grup de 12 persoane cu atrofie cerebrală cu vîrste între 62—79 ani aveau o medie de 35,7 ± 1,3 ml/100 g/min. pentru acelaşi emisfer. De notat că valoarea perfuziei nu este în raport direct cu gradul de atrofie cerebrală. În linii mari acest studiu este confirmat de lucrarea efectuată de L. GUSTAFSON şi J. RISBERG (1979) care în plus demonstrează că diferite forme de atrofie au cam aceeaşi reducere de debit, poate ceva mai redusă pentru forma cerebro-vasculară (demenţă multiinfarctică). Lucrarea lui S. EBIHARA şi col. (1979) aduce precizarea că scăderea fluxului sanguin este acompaniată şi de o reducere importantă a consumului de O_2, fapt confirmat şi de studiul mai complex al grupului condus de S. KITAMURA (1979).

Cît priveşte rolul factorului metabolic, el apare evident atît prin studiile efectuate prin intermediul necropsiei, cît mai ales prin cele realizate prin biopsie cerebrală cu examen histoenzimologic şi microscopie electronică. În lucrare ne vom referi la bolnavi la care sindromul psihoorganic ce exteriorizează atrofia cerebrală a apărut la subiecţi cu patente boli vasculare (ateroscleroză şi hipertensiune) şi la care s-a sesizat cel puţin un episod moderat ictal. În general aceşti bolnavi au prezentat uşoare grade de deficienţe neurologice în special hemipareze, cu sau fără pseudobulbarism, la care s-a alăturat scăderea capacităţilor intelectuale şi modificări comportamentale uneori greu de tolerat pentru familie şi anturaj. Într-un lot de 12 bolnavi (9 bărbaţi şi 3 femei) cu vîrste cuprinse între 62 şi 79 ani (media de vîrstă 68 ani şi 8 luni), toţi prezentînd elemente de ateroscleroză cu hipertensiune arterială, au fost adresaţi spre internare pentru hemipareză dreaptă sau stîngă (8 cazuri), tulburări de mers (3 cazuri) şi tulburări de deglutiţie, fonaţie şi modificări psihice (1 caz). Examenul neurologic a evidenţiat un sindrom piramidal uni sau bilateral în toate cele 12 cazuri, cu elemente de sindrom pseudobulbar mai mult sau mai puţin nete în 7 cazuri. Tulburările psihice au variat ca intensitate şi au constat în perturbări ale atenţiei, ale judecăţii, modificări de memorie, desigur mai nete pentru datele recente, şi comportamente bizare, explozii de enervare, acte ilogice, conduite elementare aberante etc. La toţi aceşti bolnavi s-a întreprins o investigaţie biologică generală (la 3 bolnavi s-a reverificat sau s-a depistat un diabet, iar la alţi 2 s-a pus în evidenţă şi o insufienţă renală cronică), un examen EEG (trasee uşor hipovoltate cu minime asimetrii în toate cazurile) şi s-a realizat o pneumoencefalografie care a fost elementul determinant de încadrare a cazului. La toţi bolnavii s-a depistat o dilataţie ventriculară simetrică cu un indice EVANS de minimum 0,30, cu sau fără vizualizare a unei atrofii corticale. În atari condiţii s-a procedat la un tratament cu hipotensoare, vasodilatatoare, anabolizante, neuroleptice şi masso-kinetofizioterapie. În privinţa ultimei categorii de acţiuni medicale e necesar a preciza că s-a urmărit reinserarea bolnavului într-o activitate fizică parţial conformă cerinţei biologice de bază iar în alte cazuri procedurile fizice de masaj şi kineziterapie pasivă sau activă vizînd evitarea redorilor articulare, readaptarea la mers sau simpla revigorare. Fizioterapia a cuprins elemente de decontracturare, de sedare de stimulare şi uneori de diminuare a unor focare dolorigene.

Tratamentele iniţiale au durat între 1—2 luni. Eficacitatea lor a fost diferită în funcţie de starea la preluarea bolnavilor dar mai ales de măsura în care au putut fi restabiliţi biologic şi înscrişi în programul de fizio-kineziterapie. Dacă un bolnav s-a dovedit absolut insensibil la toate tentativele de reechilibrare biologică și reinserție normală în mediul ambiant familial, ceilalți au beneficiat de tratamente într-o măsură variabilă legată de mai mulți factori : — gradul de devastare cerebrală ; — intensitatea și multiplicitatea focarelor de suferință generate de bolile de bază (ateroscleroză și hipertensiunea arterială) ; — vîrstă ; — antecedentele famiale din domeniul bolilor vasculare ; — tipul de alimentație predilect al bolnavului sau familiei (întrucît un regim alimentar excesiv global sau selectiv nelogic poate avea repercursiuni nete asupra randamentului terapeuticii utilizate ; — modalitatea de comportare a bolnavului, interesul și corectitudinea sa în efectuarea grupajului terapeutic, elemente aparținind atit actualității stadiale a bolii, cît mai ales felului de a fi de totdeauna al bolnavului.

Desigur că rezultatele favorabile ale unei terapeutici care asociază mijloace fizice cu cele medicamentoase este condiționată de baza organică de pe care se demarează, dar practica demonstrează că utilizarea armonioasă a acestor elemente crează condiții favorabile de ameliorare sau fixare staționară mai îndelungată a unor suferințe ce grevează personalul unei secții și înspăimîntată familia. Conduita față d bolnav impune o mare perseverență și continuitate întrucît adeseori se dovedesc a fi de mare fragilitate.

PREOCUPARI PRIVIND RECUPERAREA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ ȘI REINTEGRAREA ANGAJAȚILOR AFECTAȚI DE MALADII PSIHICE DIN COMBINATUL DE FIBRE SINTETICE DIN IAȘI

V. Hliza, A. Chidun, E. Racu, R. Oatu, Rodica Zaim

— *Iași*

Analiza morbidității generale pe o perioadă de cinci ani ilustrată în tabelul 1, a ponderii maladiilor cu o frecvență mai mare, solicitările tot mai numeroase de schimbare a locului de muncă pe baza recomandării specialiștilor ne-au determinat ca în paralel cu o analiză responsabilă să facem o reconsiderare asupra unor probleme neglijate în trecut, dar hotăritoare pentru starea de fapt analizată ca : neglijarea orientării și selecției profesionale pentru diferitele forme de instruire, lipsa cu desăvîrșire a examenului psihologic la încadrare sau provare în muncă, a psihoterapiei simple, măsuri insuficiente de protecție colectivă împotriva zgomotului, necunoașterea stilului de conducere de la diferite locuri de muncă, influența unor factori de ordin social, etc., reconsiderări care au generat preocupările unității noastre privind recuperarea și reintegrarea oamenilor muncii a căror capacitate de muncă a fost afectată de maladii neuropsihice, în speță cei suferinzi de epilepsie și sindrom nevrotic.

Analiza morbidității prin maladii neuropsihice ne-a condus la concluzia că ponderea pe profesii o dețin prelucrătorii de fire și fibre sintetice, urmată de operatori și în număr mai mic așchietori metale, care au lucrat un număr mai mare de ani în medii cu limita de zgomot admisibilă în jurul valorii maxime, conjugată cu acțiunea unor factori sociali care au sensibilizat echilibrul psihic al acestora.

Nevrozele reprezintă un grup de reacții și dezvoltări patologice determinate psihogen, exprimate clinic printr-un complex de tulburări psihice cu răsunet somatic care este trăit în mod conștient și penibil de bolnav.

Bolile organice pot intensifica sau favoriza apariția unor tulburări psihice, care la rîndul lor pot mări sau declanșa o disfuncție sau o suferință organică, stabilindu-se un cerc vicios — un circuit închis — încît bolnavul își pierde eventual capacitatea funcțională atît fizică cît și psihică.

MORBIDITATEA ÎN PERIOADA 1975—1979

Anul	Nr. de oameni ai muncii	Morbiditate generală		Morbiditate prin boli psihice	
		Nr. de cazuri	Nr. de zile incapacitate	Nr. de cazuri	Nr. de zile incapacitate
1975	7 372	5 696	90 607	449	5 434
1976	7 668	6 346	55 869	518	6 053
1977	8 762	7 268	58 469	681	7 108
1978	9 792	7 540	60 398	633	7 739
1979	9 710	7 549	67 084	560	9 334

Dat fiind că bolile organice sînt întovărășite în mod obișnuit de anxietate și depresiune, a căror diminuare este urmărită de medicul curant în vederea tratării bolilor organice, tratament în care de multe ori voluntar sau involuntar, dar în cele mai multe cazuri în necunoștință de cauză intervenim motivat de funcția pe care o deținem în cadrul procesului de muncă căruia ne dăruim pînă la formarea unui tot cu acesta, este recomandabil să avem în vedere următoarele : — numeroși bolnavi care în mod obișnuit își rezolvă starea de tensiune prin muncă sau alte preocupări, devin deosebit de deprimați cînd sînt lipsiți de aceste activități complementare ; — bolile organice dau adesea bolnavului senzația de neajutorare și de dependență ; — o incapacitate fizică poate fi folosită în mod inconștient ca un prilej nimerit pentru obținerea unui beneficiu suplimentar în ce privește solicitudinea, dragostea, o anumită considerație sau chiar milă ; — o boală organică poate fi privită de bolnav, tot inconștient, ca pedeapsă meritată pentru gîndire, sentimente sau o comportare de care se face vinovat ; — persoanele excesiv de conştiincioase şi frămîntate de sentimentul vinovăţiei intră adesea într-o stare de anxietate şi depresiune mai ales atunci cînd boala psihică le împiedică să-şi îndeplinească obligaţiile. — Anxietatea şi depresiunea nu sînt prezente numai ca manifestări secundare în numeroase boli organice, ci sînt de asemenea simptome primare în cele mai multe boli psihice.

Se manifestă însă şi cazuri în care simularea sau exagerarea unei boli organice pot fi folosite în mod conştient ca scop al sustragerii de la o responsabilitate sau pentru un cîştig material ; în aceste cazuri anxietatea şi depresiunea nu sînt elemente de prim plan, starea de nelinişte ivită fiind, mai mult consecinţa fricii simulantului de a nu i se descoperi incorectitudinea, devenind de obicei furios.

Toate simptomele constituie pentru ceilalţi indivizi indicaţii redutabile, în faţa acestor crize frica egalează în mare măsură frica pe care a generat-o timp de secole cei suferinzi de afecţiuni neuropsihice, frică la care s-a adăugat repede noţiunile de tară, de ereditate, cu tot ce au mai exploziv.

Bolnavii se vor vedea handicapaţi, nu numai din cauza stării morbide ci şi datorită concepţiilor pe care le generează în jurul său şi în societate concepţia ce s-a creat despre boala lui.

De această situaţie trebuie să se ţină seama în permanenţă, cu precădere cînd se discută acţiunile pe care trebuie să le întreprindă societatea, colectivul în care lucrează cei afectaţi, să ne gîndim că noi înşine avem calitatea de membri ai societăţii implicaţi în procesul de recuperare şi reintegrare în muncă a celor handicapaţi.

Am semnalat aceste aspecte tocmai pentru a evidenţia de cîtă competenţă profesională, de cît înalt grad de umanism este nevoie în aceste cazuri şi de a ne pune ori de cîte ori este cazul, să intervenim în asemenea situaţii întrebarea :

„De ce competenţă dispunem, intervenţia noastră aşa cum o concepem, va contribui cu adevărat la remisiunea, la recăpătarea integrală a capacităţii de muncă a acestor oameni afectaţi de maladii psihice ?“

Măsurile preconizate de unitatea noastră în vederea recuperării capacităţii de muncă a oamenilor muncii afectaţi de maladii neuropsihice în vederea reintegrării acestora, rezultate în urma unei colaborări competente dintre factorii responsabili din combinat, medici specialişti psihiatri, psihologi, dispensarul combinatului, colaborare care a găsit receptivitate la factorii ocazionali — conducerea combinatului — au vizat următoarele direcţii esenţiale de acţiune :

— inventarierea locurilor de muncă la care oamenii muncii afectaţi de acest tip de maladii deţin o pondere, analiza condiţiilor de muncă pentru a stabili gradul de implicare a acestora în starea lor morbidă, eliminarea unor factori subiectivi ; — executarea unor lucrări şi aplicarea unor măsuri menite a corecta starea de fapt constatată la aceste locuri de muncă ; — inventarierea locurilor de muncă ce prezintă un risc minim atît de morbiditate cît şi în menţinerea stării normale de sănătate a oamenilor muncii ; — schimbarea locului de muncă a oamenilor muncii afectaţi de maladii psihice, dispensarizarea acestora, testarea psihologică periodică în vederea aprecierii evoluţiei.

Din multitudinea măsurilor întreprinse supunem atenţiei Dv., doar o parte pe care o considerăm reprezentativă : — înfiinţarea unui atelier a cărui activitate este axată pe pregătirea materialelor pentru ambalaje, în cadrul căruia oamenii muncii afectaţi de maladii psihice, a căror loc de muncă a devenit acest atelier, îşi satisfac necesitatea de a munci ; — efectuarea unor lucrări de insonorizare la locurile de muncă cu limită admisibilă de zgomot depăşită (hale de producţie, compresoare, etc) ; — asimilarea, producerea în combinat şi dotarea oamenilor muncii cu antifoane tip „Brăduţ“ ; — înfiinţarea unei comisii care analizează solicitările privind scutirile de schimb de noapte, evoluţia bolnavilor cu afecţiuni cronice ; — efectuarea unui studiu în colaborare cu Centrul de protecţie şi igiena muncii privind integrarea oamenilor muncii de provenienţă rurală.

În scopul cunoaşterii eficienţei măsurilor de care beneficiază 84 de oameni ai muncii afectaţi de maladii psihice, a căror loc de muncă a fost schimbat, s-a procedat la testarea personalităţii prin aplicarea unei baterii de probe, cuprinzînd proba de anxietate, chestionarele Eysenck şi W—M, la un eşantion de 20 subiecţi de componenţă 11 femei, 9 bărbaţi, în scopul evidenţierii tendinţei psihice de risc adaptiv în procesul de producţie, de la nuanţe voalate la tendinţe puternic patologice.

Fără a mai prezenta modul în care au fost aplicate şi interpretate rezultatele acestor probe, vă prezentăm rezultatele brute : — încărcătura psiho-afectivă, cu nuanţe accentuat patologice prezintă un număr de 5 subiecţi (3 femei, 2 bărbaţi) a căror rezultate se corelează cu cele de la testul de anxietate şi de la chestionarul Eysenck, aceşti subiecţi perturbînd activitatea productivă ; — tendinţe puternic patologice prezintă un număr de 4 subiecţi (4 femei), care trebuie supuse unui examen medical pentru a se stabili dacă aceste rezultate nu sînt cauzate de afecţiuni somatice.

De asemenea, se recomandă studierea relaţiilor interindividuale şi a raporturilor muncitor (maistru, inginer) — conducători ai locului de muncă : — subiecţii a căror rezultate relevă note puternic accentuate şi patologice în număr de 2, se recomandă a fi trecuţi pe locuri de muncă cu responsabilitate redusă pentru cel puţin o durată de trei luni ; — încărcătura psihopatologică exagerată prezintă un număr de 4 subiecţi ; se recomandă a se studia condiţiile de trai şi ambianţa mediului familial al acestora.

Concluzii :

1. Menţinerea în activitate productivă a bolnavilor psihici are efecte pozitive în primul rînd asupra bolnavului asigurîndu-i independenţa materială, menţinerea unui tonus psihic ridicat, a unor relaţii sociale favorabile, evitîndu-se scoaterea din circuitul profesional cît şi izolarea de mediul social, în acelaşi timp societatea este degrevată de un important efort material.

2. Acţiunea de recuperare a capacităţii de muncă şi reintegrare a oamenilor muncii afectaţi de maladii

psihice, acțiune ce nu poate fi limitată în timp, trebuie privită nu ca o problemă a unui cerc restrîns de specialiști sau a întreprinderii, ci ca o problemă a colectivelor de muncă, a noastră, a întregii societăți ; în acest sens impunîndu-se pe lîngă permanența colaboratoare dintre specialiști, colectivele de muncă și o instruire a acestora în modul de abordare a problemelor.

3. Bolnavii suferind de nevroză au posibilitatea remisiunii și recăpătării integrale a capacității de muncă mai frecvent decît în celelalte afecțiuni psihice.

4. Instituirea examenului psihologic și psihiatric în cadrul selecției profesionale pentru diferite forme de instruire, la încadrare și promovare în muncă pentru toate categoriile de oameni ai muncii cît și efectuarea periodică a acestor examene, ar contribui la scăderea morbidității prin maladii psihice, respectiv la o creștere a productivității muncii.

5. Stadiul acțiunii de recuperare a capacității de muncă și reintegrare în muncă a oamenilor muncii afectați de maladii psihice prezentat în această lucrare, reprezintă doar o etapă parcursă de la declanșarea acestei acțiuni, urmînd ca asupra acestei preocupări permanente să mai revenim și în alte comunicări.

ASPECTE PSIHOSOMATICE ÎN BOALA ULCEROASĂ. EFECTELE PSIHOSOCIALE ALE RECUPERĂRII

I. Lungu, Agripina Boingeanu, C. Romanescu, Eugenia Lungu, Mariana Borcea
— *Iași*

Numeroase studii efectuate de-a lungul anilor de către Fleming, Dubois, Cannon, Von Bergman, Pavlov, etc. demonstrează relațiile existente între tulburările neurovegetative și apariția tulburărilor secreției și motilității gastrice care stau la originea bolii ulceroase. Lucrările lui Alexander publicate în 1934 reprezintă baza studiului psihosomatic al acestei afecțiuni.

Frecvența cea mai mare a acestor afecțiuni se constată în mediile suprapopulate, cu grad crescut de industrializare, cu ritmul trepidant al civilizației moderne, care constituie factori generatori de stress fizic și psihic.

Majoritatea acestor bolnavi recunosc situațiile psihostressante ca generatoare sau declanșatoare de episoade acute. Cu toate acestea, nu orice persoană supusă unor stări conflictuale, stressante psihic, face tulburări de ordin psihosomatic deoarece este vorba de o anumită structură caracterială.

În lumina acestor date am căutat să stabilim corelațiile existente între personalitatea bolnavului și boala ulceroasă precum și între debutul, evoluția bolii și existența unor traume psihice.

Metodologia și materialul de studiu : Studiul a fost efectuat pe un lot de 39 bolnavi cu ulcer gastric și duodenal (30 bolnavi cu ulcer duodenal și 9 bolnavi cu ulcer gastric — 27 bărbați și 12 femei). Pe lîngă examenul clinic competent, examenul radiologic gastroduodenal și cercetarea secreției gastrice, s-a cercetat tipul somatic, constituția psihică și eventuale manifestări psiho-nevrotice, insistîndu-se asupra vieții sociale, profesionale și familiale ale bolnavului.

Vîrsta acestor bolnavi a fost între 20—62 ani (tabel 1). Vechimea bolii între 6 luni și 10 ani.

De notat că în cadrul acestor examene nu s-au folosit teste psihologice sau întrebări șablon, ci s-a urmărit prin discuții să se scoată în evidență personalitatea bolnavului, prin cercetarea vieții sociale și familiale, ceea ce n-a fost deloc ușor ținînd cont de dificultățile acestor discuții.

În cercetarea tipului somatic s-a utilizat împărțirea clasică în : leptosomi, atletici, intermediari și picnici. Raportul găsit a fost următorul : 8 bolnavi leptosomi, 5 atletici, 25 intermediari și 4 picnici.

Cercetarea personalității bolnavilor a condus la împărțirea acestora în patru tipuri psihologice, comparația făcîndu-se în descrierea tipologică făcută de M. Uzan.

Discuția rezultatelor și concluzii : Prin studiul psihologic al bolnavilor cercetați, în funcție de eventualele manifestări psiho-nevrotice, comportamentul social și familial, aceștia au fost împărțiți în patru tipuri psihologice : tipul I caracterizat prin impulsivitate, combativitate, hiperactiv și competitiv în viața socială, cu o viață familială dezorganizată și cu lipsa sentimentelor față de familie ; tipul II cu tulburări psiho-nevrotice minore sau absente, moderat competitiv în viața socială și cu o viață familială echilibrată ; tipul III caracterizat prin instabilitate socială, alternarea perioadelor de activitate cu perioadele de pasivitate, indiferență cu tendință de evoluție rapidă spre tipul IV ; tipul IV caracterizat prin depresie și anxietate, dezadaptat social, cu complex de inferioritate și frecvente neînțelegeri familiale (tabel II).

În primul tip au fost încadrați 9 bolnavi (23,5 din totalul de bolnavi), tipul II 20 de bolnavi (50,3%), în tipul III 3 bolnavi (7—6%) și în tipul IV 7 bolnavi (17,5%).

Din cercetarea efectuată reiese că 50% dintre bolnavii studiați fac parte din tipul II (compensat), fără tulburări psiho-nevrotice, cu o viață socială și familială echilibrată. Restul de bolnavi se găsesc la cei doi poli : impulsivi sau depresivi cu consecințele sociale corespunzătoare.

De aici se poate trage concluzia că nu există un anumit tip psihologic caracteristic bolnavului cu ulcer gastro-duodenal ci numai o oarecare tendință spre impulsivitate și hiperactivitate sau spre depresie și pasivitate aşa cum nu există nici un anumit tip somatic caracteristic bolii ulceroase.

Din studiul anamnestic rezultă că în proporţie de 75% din cazuri se evidenţiază în antecedentele acestor bolnavi prezenţa traumelor psihice. De asemenea ţinem să subliniem că în majoritatea cazurilor (70%) puseele de acutizare ale bolii au fost precedate de traume psihice.

Rezultatele obţinute de noi ca şi studiul făcut de M'Uzan şi Mazet infirmă aserţiunile unor autori care descriu bolnavului de ulcer gastro-duodenal un anumit tip psihologic : agresiv şi combativ (Alvarez), hiperactiv şi ambiţios (Marmov), anxios (Rutter), agresiv, ambiţios şi atitudinea de dependenţă (Alexander).

La 2% din cazuri s-a observat apariţia simptomelor psihice de tip nevrotiform pe fondul unui ulcer gastro-duodenal cronic. Aceasta relevă posibila existenţă a unei corelaţii inverse : somato-psihice. Dacă nu toţi autorii sînt de acord cu apariţia ulcerului gastro-duodenal după situaţii stressante sau în urma dereglărilor activităţii nervoase superioare, majoritatea autorilor arată importanţa microtraumelor psihice asupra evoluţiei bolii ulceroase, aşa cum s-a întîlnit şi în cazurile cercetate de noi. Astfel situaţiile conflictuale familiale, profesional-sociale, emoţiile negative, etc., au influenţat negativ în 65% din cazuri evoluţia bolii ulceroase.

Analizînd intervalul de timp de la debutul sindromului dispeptic necaracteristic şi pînă la apariţia simptomatologiei clasice de tip ulceros s-a remarcat existenţa unui puseu de tip variabil între 3 luni şi 10 ani (în medie 5 ani). Această constatare vine în sprijinul afirmaţiilor lui Taylor care arată că în majoritatea cazurilor ulcerul gastro-duodenal cu o evoluţie stadială apare pe fondul unor tulburări iniţial-funcţionale.

Din studiul clinic al lotului de bolnavi reiese faptul că în boala ulceroasă există o corelaţie evidentă psihosomatică şi somato-psihică şi că în unele cazuri tulburările psihice nu numai că influenţează negativ evoluţia bolii ulceroase ci chiar pot determina — cînd constituţia genetică permite — apariţia ulcerului gastro-duodenal indiferent de tipul psihologic al bolnavului.

Înţelegerea intuitiv-emoţională a mecanismelor patogenice precum şi a genezei manifestărilor clinice în bolile psihosomatice trebuie să fie urmate de tentativa de modificare, de restructurare a condiţiilor de ordin subiectiv în care are loc elaborarea comportamentului. Aceasta reprezintă, de altfel, ceea ce îşi propune ca ţel psihoterapia — fortificarea şi creşterea rezistenţei individului la psiho-traume, spre deosebire de terapia comportamentală care încearcă să opereze asupra însuşi comportamentului, pierzînd însă din vedere faptul că factorii intrapsihici şi intraindividuali pot să acţioneze în continuare, în mod direct sau prin efectul lor din urmă.

The authors are studing on a group of 39 cases of of gastro-duodenal ulcer (30 cases of duodenal ulcer and 9 cases of gastric ulcer — 27 men and 12 women) the psychosocıal effects of the rehabilitation in the ulcerous disease considered as a psychosomatical disease.

Excepting the clinical exam, to these patients it have been applied some special investigations as the studies on the gastric secretion radiological gastro-duodenal exploration, biochemical and hematological explorations, researches on the somatical and psychological type.

We cancluded that there isn't a special psychological or somatical type in the ulcerous disease.

The emotional factors („stressant" factors), the conflictual situations-profesional, social and familial ones — are able to determine the appearence of the gastro-duodenal ulcer, even there isn't aprevious digestive symptomatology.

Considering the psychosomatical and somaticopsychical constellation in this disease, we recommand the specific psychotherapy and a medicamentous treatement in order to diminisch anxiety, depression and irritability.

In the same time, all the medical actions must move off the „stressant" factors, increasing in this way the individual capacity of adaptation.

ASUPRA UNOR FACTORI PSIHOSOCIALI ÎN ETIOLOGIA STARILOR NEVROTICE LA ÎNTREPRINDEREA CONFECŢII CRAIOVA

Al. Olaru, Maria Popescu, I. Bălan, Maria Răduţ
— Craiova

Această cercetare a fost motivată de numărul mare de consultaţii şi concedii medicale, înregistrate pentru boli psihice în cadrul manifestărilor nevrotice pe perioada 1977—1978. În evidenţa cabinetului de psihiatrie din L.S.M. Craiova, pe perioada indicată, se afla un număr de 476 paciente, evidenţiind un procent de 7,7%, la un număr total de 6189 angajaţi. Întreprinderea de Confecţii din Craiova datează din 1967. Acest obiectiv industrial prezintă 6189 angajaţi (predomină sexul feminin). Se lucrează în două schimburi. Din totalul angajaţilor 5739 sînt calificaţi pentru funcţia de confecţioneri, prin cursul de calificare la locul de muncă (un număr mai mare) şi prin şcoli profesionale, un număr de 450 angajaţi fiind necalificaţi. Referitor la studiile personalului angajat, situaţia se prezintă astfel : un număr de 1185 angajaţi prezintă şcolarizare între 1—4 clase elementare ; un număr de 3994 angajaţi prezintă o şcolarizare între 5—8 clase elementare ; un număr de 808 angajaţi prezintă o şcolarizare între 9—12 clase.

Majoritatea angajaţilor provin din mediul rural fapt ce solicită efort de adaptare. Munca depusă de generaţii în mediul rural agricol, nelegată strict de un program zilnic riguros, ci de o muncă în salturi, legată de specificul muncilor agricole, este evidentă în acest sens. Vîrsta medie a personalului este de 25 ani. Prin specificul produselor fabricate : confecţii pentru bărbaţi, femei şi copii, întreprinderea se înscrie printre obiectivele industriale cu pondere în cadrul judeţului.

Intreprinderea prezintă o dotare tehnică corespunzătoare procesului tehnologic (grad crescut de mecanizare). Nu apar probleme de ergonomie care să fie luate în consideraţie ca semnificative în cauzalitatea manifestărilor nevrotice. Ritmul de muncă este specific procesului tehnologic (intens) şi solicită din plin procesele şi funcţiile psihice pe toată durata celor 480 minute de activitate productivă, fiind solicitată în special atenţia, ţinîndu-se cont şi de monotonia procesului de producţie (executarea aceloraşi operaţii tehnologice), impunînd cu necesitate persoane echilibrate emoţional. S-au exceptat de la interpretare factorii : vechime în muncă, greutate corporală şi s-au luat în consideraţie factorii : oboseală, surmenaj, situaţie familială, probleme de microclimat în grupul de muncă, în sens larg, relaţiile interpersonale.

Dinamica relaţiilor interpersonale din grupul de muncă, a fost urmărită prin frecvenţa situaţiei de constrîngere ; constrîngerea din cauza ritmului impus de maşină şi în sens general de specificul procesului tehnologic ; constrîngerea psihologică din cauza remunerării după randament ; constrîngerea cauzată de repetarea unui ciclu de muncă sau operaţii identice (operaţiile de muncă se repetă obligatoriu de la un ciclu la altul al muncii, adică deseori la intervale mici de timp.

In acelaşi timp se observă posibilităţi reduse de întrerupere a lucrului, de schimbări de serii sau posturi de muncă. Deci, activitatea de confecţioner solicită : cunoştinţe tehnice, efort de atenţie, memorie, înţelegere, dar mai ales calităţi ce ţin de rapiditate.

Caracteristica de bază a activităţii încredinţate femeilor la fabrica de confecţii Craiova, prezintă în cel mai înalt grad caracterul muncilor repetitive şi implică constrîngerea, datorită unei mari exigenţe de rapiditate. În funcţie de solicitările activităţii de confecţioner s-a luat în consideraţie relaţia extrem de importantă ce se stabileşte între om şi maşină sau, mai precis, adaptarea posibilităţilor omului situaţiilor conflictuale (în special celor familiale, care acţionînd timp îndelungat devin problematice pentru că scad funcţionalitatea psihofizică a persoanei. Luînd în consideraţie cele arătate, sarcina noastră a fost de a delimita debutul suferinţei nevrotice şi cauzele ce o determină, înţelegînd prin aceasta, definiţia clasică exprimată prin : reacţii şi dezvoltări patologice, determinate psihogen şi exprimate clinic printr-un complex de tulburări psihice cu răsunet somatic care este trăit în mod conştient şi penibil de către bolnav.

Am încercat să raportăm suferinţa nevrotică la stresul social, realitate de care trebuie să ţinem cont în interpretarea fenomenului nevrotic.

Material şi metodă. Lucrarea s-a efectuat pe o perioadă de 12 luni (oct. 1977—oct. 1978). S-au alcătuit două grupe : experimentală şi de control ; cîte 45 persoane pentru fiecare grupă din toate sectoarele productive ale fabricii. Cele 2 grupe au fost omogene întrucît vîrsta luată în studiu a fost cuprinsă între 20—45 ani, persoanele proveneau din toate sectoarele productive, deci, cu acelaşi proces tehnologic, cu unele deosebiri poate raportate la intensitatea ritmului muncii în anumite sectoare, dar, în principiu, cu aceleaşi solicitări. a) Grupa experimentală a fost compusă din 45 de persoane (sex feminin), aflate în evidenţa L.S.M. şi care purtau diagnosticul unor îmbolnăviri nevrotiforme, de la simple reacţii pînă la nevroze cronicizate depistate în mod pasiv. De remarcat că persoanele din grupa experimentală au beneficiat de asistenţă psihiatrică (terapie medicamentoasă, repaos prin internări sau concediu medical).

b) Grupa de control a fost alcătuită tot din 45 de persoane din toate sectoarele productive, persoane care nu au beneficiat pînă în prezent de consultaţii şi asistenţă psihiatrică. Ca metodă de studiu s-a folosit : — 1. Analiza statistică a îmbolnăvirilor psihice (limitele nevrozei pe o perioadă de 2 ani 1977—1978 şi care a evidenţiat un procent de 7,7% la un număr total de 6189 angajaţi).

Metoda experimentală a constat din aplicarea inventarului de temperament GUILFORD-ZIMMERMANN, a chestionarului tendinţelor, a testului SZONDI, a unui chestionar sociologic pentru surprinderea relaţiilor interpersonale şi, în sens general, a problemelor psihosociale de la locul de muncă, extraprofesionale, familiale etc. Aspectele investigate au fost grupate în : condiţia actuală, condiţia de funcţionalitate, condiţia de fond. La grupa experimentală şi de control s-au luat şi date anamnestice referitoare la afecţiuni somatice în momentul îmbolnăvirii, iar la grupa de control aprecieri cu privire la starea psihofizică. Formulele aplicate în calculul corelaţiilor au fost folosite după I. Radu (Psihologie experimentală-statistică psihologică, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti 1967 pag. 127—134).

Tabel nr. 1

REZULTATE — CORELAŢII

Nr. crt.	Trăsături de personalitate corelate	Calcularea lui : R	Ro	Calcularea lui : R	Ro
		Grupa experimentală		Grupa de control	
1.	Activism-autocontrol	0,83	1	0,14	0,82
2.	Activism-ascendenţă	0,81	1	0,16	0,81
3.	Activism-sociabilitate	0,82	0,75	0,19	0,87
4.	Activism-cooperare	0,18	0,26	0,73	0,82
5.	Autocontrol-sociabilitate	0,42	0,96	0,74	0,79
6.	Autocontrol-cooperare	0,88	0,94	0,74	0,83
7.	Sociabilitate-stabilitate emoţională	0,32	0,20	0,72	0,84
8.	Stabilitate-emoţională-cooperare	0,87	0,45	0,69	0,92

Urmărind şi datele din tabelele 1, 2 şi 3, relaţiile existente între cele 3 aspecte din structura personalităţii : condiţia actuală, condiţia de funcţionalitate, condiţia de fond atît la grupa experimentală cît şi la grupa de control se constată la grupa experimentală proporţii ridicate şi semnificative a factorilor traumatizanţi, a stărilor conflictuale, a reprezentărilor tardive.

Condiţia de funcţionalitate : la grupa experimentală se remarcă stări de tensiune psihică prelungită şi procent ridicat al stărilor tensionale la toate formele de manifestare nevrotică (probabil, datorită instabilităţii emoţionale).

Tabel nr. 2

Nr. crt.	Condiţia actuală	Grupa experimentală	Grupa de control
1.	Factori psihici traumatizanţi acuţi	48%	39%
2.	Stări conflictuale şi alţi factori psiho-sociali	72%	44%
3.	Reprezentări tardive ale factorilor traumatizanţi	94%	27%
4.	Stări de insatisfacţii profesionale, familiale	88%	10%

Tabel nr. 3

Nr. crt.	Condiţia de funcţionalitate	Grupa experimentală	Grupa de control
1.	Stări tensionale prelungite psihice anterioare	85%	41%
2.	Stări tensionale în sfera instabilităţii	76%	60%
3.	Factori toxici	5%	1%

Tabel nr. 4

Nr. crt.	Condiţia de fond	Grupa experimentală	Grupa de control
1.	Fragilizare pe fond cîştigat	32%	24%
2.	Structurări patologice de personalitate	19%	13%

Condiţia de fond. Diferenţe semnificative se menţin tot la grupul experimental : 19% se cronicizează faţă de 13% la grupul de control. Pe ansamblul grupului experimental, aspectele evidenţiate sînt : instabilitatea emoţională, reprezentările tardive, stările de insatisfacţie, fapt ce demonstrează multipla condiţionare biologică, psihologică şi socială a bolnavului.

Concluzii şi recomandări. 1) Rezultatele cercetării arată că îmbolnăvirea prin afecţiuni nevrotice reprezintă un procent de 11,2%, deci, mai mare faţă de procentul de 7,7% depistat în mod pasiv şi incită la meditaţie şi la preconizarea unor măsuri în vederea asigurării unei igiene mintale normale. 2) Trăsăturile de personalitate investigate la grupa experimentală şi de control se diferenţiază net, persoanele care au prezentat îmbolnăviri nevrotiforme sînt mai fragile emoţional. Ca o caracteristică de ansamblu la grupul experimental se constată un desechilibru temperamental şi afectiv, corelaţiile fiind semnificative în acest sens. 3) La grupa experimentală se evidenţiază următoarele : un procent de 26% prezintă simple reacţii psihologice faţă de situaţiile conflictuale în special familiale ; un procent de 50% prezintă semnul real al unor îmbolnăviri psihice nevrotiforme necesitînd asistenţă psihiatrică ; un procent de 5% prezintă refugiu toxicoetilic ; un procent de 19% prezintă structurări patologice de personalitate prin cronicizarea afecţiunii nevrotice. 4) la grupul de control se constată : 24% prezintă stadiul potenţial de „devenire nevrotică" ; 13% prezintă structurări patologice prin cronicizare ; 1% prezintă refugiu toxicoetilic. De remarcat că la grupul de control, persoanele care prezintă semnul real al unor dificultăţi de adaptare, deşi nu au beneficiat pînă în prezent de asistenţă psihiatrică, datorită unei bune inserări în microgrup, dovedesc o modalitate de autoechilibrare prin activitate. 5) lucrarea de faţă arată că la întreprinderea de Confecţii Craiova, în debutul manifestărilor nevrotice, stressul social este o realitate, participînd în proporţie de peste 70%. Pe primul loc în dinamica factorilor stressanţi se înscriu relaţiile familiale conflictuale. 6) în explicarea manifestărilor nevrotice trebuie să pornim de la specificul a trei nivele de activitate psihică : elaborarea conştientă, energeticopulsional şi neuropsihic elementar. Conştientizarea de către persoane a tulburărilor penibile este rezultatul direct al depăşirii echilibrului interior, depăşire datorată nivelului de elaborare conştientă, ca urmare a tensiunilor generate de nivelul energoticopulsional şi de pregătire a terenului prin fragilizare şi devenire. „Devenirea" nu este numai psihogenă ci şi somatogenă dar, în acest caz, va trebui să diagnosticăm forma de manifestare psihică ca o simplă reacţie nevrotică secundară afecţiunii somatice.

Recomandări : 1) *Măsuri privind angajarea :* a) necesitatea testării personalului angajat şi a eliminării datorită specificului procesului de producţie, a angajaţilor care prezintă un coeficient intelectual încadrabil în limitele liminare şi debilitate mintală ; b) necesitatea examenului psihologic la angajarea personalului pentru evidenţierea potenţialului nevrotiform.

2) *Măsuri psihosocioprofilactice :* a) recomandăm înfiinţarea unui laborator de ergonomie în cadrul întreprinderii care să se ocupe cu problemele psihosociale ale personalului angajat ; b) necesitatea testării personalului angajat şi a unei selecţii la nivel de întreprindere prin studii sistematice asupra tuturor sectoarelor productive ; c) ţinînd cont de posibilitatea de „devenire nevrotică", de comportamentele evazive, recomandăm intensificarea psihoigienei la nivel de întreprindere.

3) *Măsuri de recuperare :* a) recomandăm necesitatea de a se crea în cadrul grupului primar de muncă din fiecare sector a unui loc de „recuperare" cu un minimum de solicitare psihofiziologică, loc ce va fi folosit în scop recuperatoriu de către persoane, pe o anumită perioadă de timp (perioadă de tratament, spre exemplu), aceasta numai cu recomandare medicală ; b) recomandăm ca în funcţie de afecţiunea nevrotică constatată, de momentul evolutiv, de factorul declanşant, să

se aplice, pe lîngă tratamentul medicamentos şi psihoterapie.

This is an inter-disciplinary research, medical, psychological and sociological carried out at Confectia Enterprise, where feminine staff prevails, with a view to discover some psycho-social factors in the aetiology of the neurotic states.

The real percentage of being taken ill by neurotic states turns up to be 11,2% compared to 7,7% which is to be found in the passive situation of the psychiatry policlinic.

The social stress has an aetiological participation of 70%. The dynamics of the stressing factors in dominated by the family conflictuality.

By acting for a longer period of time on persons with temperamental and affective want, the stressing factors determine neurotic decompensations and diminish the total functionality of the person.

In interpreting the neurotic states one starts from the specific of three levels of psychic activity: the conscious elaboration, power-pulsional and psychic-elementary.

„The neurotic becoming" appears not only psychogenetic but also somatogenetic, in the second case the neurotic suffering being a secondary reaction against the background of the organic affection.

On the basis of these findings, medical recommandations regarding the recruiting of the staff, the psychoprophilaxis and the recovery are made.

SCHIZOFRENUL ÎN PRODUCŢIE

Th. Horopciuc, Georgeta Chiriac, Lidia Antoniuc, Rodica Grădinaru, Maria Popa, Olga Horopciuc

— *Iaşi*

Schizofrenia, boală psihică mult discutată şi comentată în ultimul timp, apare cu o frecvenţă situată între 0,8 şi 2,5‰, în medie 1,5‰ de locuitori. Prevalenţa schizofreniei este estimată la 2,4‰ de locuitori, dacă se includ atît cazurile spitalizate, cît şi cele nespitalizate. Riscul de îmbolnăvire la populaţia generală ar fi de 0,85‰ ţinînd cont şi de faptul că societatea contemporană a devenit din ce în ce mai normativizată şi exigentă fapt ce evidenţiază uşor trăsăturile şi comportamentul schizofrenic. Acest lucru duce la o cunoaştere reală a numărului de bolnavi schizofreni din industrie unde ponderea tineretului productiv este evidentă, iar pregătirea profesională se face în condiţiile unei bune calificări prin liceele sau şcolile profesionale de profil.

Datorită marilor succese obţinute în terapia acestor boli (insulinoterapie, chimioterapie, neuroleptice etc.) se constată o evidentă prelungire a vîrstei bolnavului schizofren, concomitent cu o inserţie socio-profesională de lungă durată. Dacă aproximativ 1/5 din bolnavi se găsesc internaţi pentru o perioadă mai mare sau mai mică în diferite spitale, restul de 4/5 se află în afara spitalelor, din care un număr însemnat se integrează armonios, satisfăcător şi productiv în cîmpul muncii.

În lucrarea de faţă am luat în studiu un nr. de 146 bolnavi schizofreni aflaţi în evidenţă la cabinetul de psihiatrie, cabinetul de medicina muncii şi cab. III de expertiza capacităţii de muncă din cadrul Pol. Nr. 2 Iaşi, pe care i-am împărţit în III grupe principale:

I). *Bolnavii schizofreni pensionaţi gr. II (doi)* cu dese spitalizări şi concedii medicale îndelungate care nu s-au integrat în producţie; în nr. de 37, din care 22 bărbaţi şi 15 femei. Grupa de vîrstă este de 30—49 ani, cu o medie a vechimii în cîmpul muncii de peste 10 ani. În ultimii 3 ani au fost pensionaţi 17 bolnavi schizofreni, din care 9 bărbaţi şi 8 femei.

Gama bolnavului schizofren pensionat nu cunoaşte o predispoziţie în favoarea anumitor profesii, locuri de muncă, întreprinderi, pregătire profesională etc. Un procentaj de peste 60% au un statut socio-familial bine închegat (căsătoriţi, cu 1—4 copii).

O proporţie însemnată din cei pensionaţi păstrează o capacitate de muncă restantă, în perioadele de compensare (care uneori ajung la 1—1½ ani), suficientă unui flux productiv-industrial moderat din atelierele protejate din întreprinderi pe care propunem a le extinde în municipiul Iaşi, sub o bună supraveghere şi coordonare în echipă complexă medico-socio-profesională, unde bolnavul schizofren ar putea deveni util şi folositor societăţii, întreprinderii şi familiei sale.

II. — *Bolnavi schizofreni în regim productiv cu program de 4ore (pensionaţi gr. III)* în nr. de 29 la care predomină grupa de vîrstă 25—35 ani, iar proporţia pe sexe este de 60% în favoarea bărbaţilor. Decompensările psihice sau psihopatice sînt de frecvenţă şi durată medie, bolnava urmează cu regularitate tratamentul prescris şi controalele medicale periodice, la nivel de spital, L.S.M., cabinetul de psihiatrie din policlinică, sau dispensarul de întreprindere fapt ce contribuie la o integrare bună socio-profesional c u un randament productiv satisfăcător.

III. — *Bolnavul schizofren în regim productiv normal* în număr de 80, ceea ce reprezintă 1‰ de salariaţi din platforma industrială Iaşi. Proporţia pe sexe este aproximativ egală, iar gama profesiunilor variază de la activităţi cu munci necalificate pînă la activităţi ce necesită pregătire superioară (ingineri, economişti, contabili etc.) dar fără o responsabilitate socio-profesională şi financiară în cadrul fluxului productiv din întreprindere, în vederea preîntîmpinărilor anumitor implicaţii medico-judiciare.

În general bolnavul schizofren din industrie îşi desfăşoară activitatea în specialitatea în care este pregătit profesional, dar se adaptează mai bine la locurile de muncă unde predomină steriotipiile, repetitivitatea în mişcări şi izolare de mediul ambiental industrial (Ex. întrep. Tehnoton — la banda de lipit, I.U.S.R. — la maşini de extrudere uşoară, secţia „Banda sudat saci-pungi"; servicii de proiectări privind execuţia proiectelor şi nu proiectarea şi conceperea lor; servicii de întreţinere şi curăţenie din întreprindere etc.).

Spre deosebire de bolnavul nevrotic sau psihopat, schizofrenul nu solicită cu insistenţă particulară sindroamelor psihogenetice regim protectiv la locul de muncă, schimbarea locului de muncă, scutire de tură de noapte, pensionare sau alte beneficii socio-profesionale, nu populează sălile de aşteptare ale cabinetelor de consultaţie ale altor specialităţi medicale. În regim protectiv industrial se achită conştiincios de sarcinile primite cu excepţia perioadelor decompensate.

În ultimul timp o parte din schizofreni solicită o inserţie profesională în program normal de lucru, fapt ce creează multiple dificultăţi organelor medico-sanitare de propuneri sau decizie (specialişti, spitale, cabinete de expertiza capacităţii de muncă etc.), în vederea unei hotărîri adecvate (neputîndu-se prevedea perioada compensatorie şi reactivitatea bolnavului reintegrat în producţie) fapt ce duce la reacţii contradictorii din partea întreprinderilor care realmente doresc doar oameni valizi în cîmpul muncii în vederea realizărilor indicatorilor de plan propuşi. O problemă destul de delicată ridică, pentru medicul specialist din ambulator, examenul psihiatric la angajare şi aducerea la cunoştinţa întreprinderii a cazurilor noi de afecţiuni psihice majore prin faptul că o parte din bolnavi disimulează boala sau anamnestic neagă antecedente heredo-colaterale sau personale de boli psihice, iar întreprinderile caută să se degreveze de angajaţii „problemă".

Considerăm ca necesar microgrupul industrial, conducerea şi organele sanitare din întreprindere să cunoască bolnavul psihic şi afecţiunea de care suferă în vederea asigurării unui loc de muncă adecvat, sesizării unor simptome incipiente, evitarea unor anturaje alcoolofile, a responsabilităţilor productive şi a urmărilor medico-socio-judiciare, aceasta, în special şi datorită faptului că pînă în prezent la noi în ţară nu există legiferat un statut juridic al bolnavului psihic schizofren din cîmpul muncii, lucru ce s-ar impune ca o necesitate de perspectivă.

EFICIENŢA RECUPERĂRII CU AJUTORUL NEUROLEPTICELOR DIN GRUPA DIFENIL-BUTIL-PIPERIDINELOR

Cs. E. Csiky, Gh. Grecu, K. Szücs
— *Tg. Mureş*

Lucrarea de faţă abordează rezultatele obţinute cu ajutorul unei grupe noi de neuroleptice, înrudite cu butirofenone, ce apar ca o clasă de sine stătătoare în clasificarea neurolepticelor efectuată de W. PÖLDINGER şi P. SCHMIDLIN (Index Psychopharmacorum, 1979). Aceşti autori descriu în capitolul „neuroleptice" grupa aşa-ziselor defenilbutil piperidine (gr. 7), unde sînt înglobate trei medicamente cu acţiune prelungită: pimozidul, fluspirilena, penfluridolul. Aceste preparate incisive de tip „long acting" au fost introduse în terapia psihiatrică în a doua jumătate a deceniului trecut, fiind considerate ca deschizătoare ale unui nou capital în tratamentul schizofreniei (GINESTET). VAN PRAAG şi CAPSTICK consideră că introducerea neurolepticelor cu acţiune îndelungată (de tip depot şi de tip long acting) este cea mai mare cucerire a terapiei psihiatrice după descoperirea clorpromazinei.

1. *Pimozidul* (ORAP, Pimozide) este un derivat de difenilbutilamină cu proprietăţi neuroleptice antipsihotice şi de modulare comportamentală. Este indicat în tratamentele de întreţinere a psihozelor majore cu tendinţă evolutivă spre cronicitate, ca schizofrenia şi psihozele paranoide. Substanţa pare să aibă acţiune anxiolitică şi sedativă, controlînd în acelaşi timp fenomenele productive ca delirul şi halucinaţia. Efectele sale se instalează după cîteva ore şi sînt prelungite pînă la 24 ore după o singură doză administrată. Acţionează probabil prin inhibiţia structurilor dopaminergice centrale. Deşi se foloseşte cu precădere în psihozele cronice, mai ales delirante, uneori dă rezultate bune şi în fazele incipiente-acute. Este un drog bine tolerat, printre fenomenele rare colaterale se citează semnele extrapiramidale, eventual hipersalivaţia şi transpiraţiile excesive. Pare a fi contraindicat în depresiile endogene şi b. Parkinson. Pimozidul se administrează în doză unică 1—4 mg, de obicei dimineaţa. În cazul în care tratamentul unei psihoze începe prin administrare de pimozid, se începe cu doza de 1 mg şi se creşte progresiv pînă la obţinerea efectelor terapeutice optime. Dozele maxime se situează la 6—8 mg, nedepăşind în orice caz 10 mg. În cazul cel mai obişnuit în care un tratament parenteral anterior a condus la efecte terapeutice stabile, se substituie direct acest tratament cu pimozid, administrat per os în doze de 6—8 mg; ulterior dozele sînt diminuate după criteriul menţinerii efectelor terapeutice, la cantităţi cît mai reduse: 1—4 mg/zi (compr. de 1 resp. 4 mg). În aceste condiţii tratamentul poate fi continuat luni sau chiar ani de zile.

2. Al doilea reprezentant al grupei este *fluspirilena* (IMAP, Spirodiflamine). Această substanţă cu o acţiune neuroleptică de tipul haloperidolului, este un drog „long acting" care influenţează puternic structurile dopaminergice din S.N.C. Preparatul IMAP se prezintă sub formă de fiole a 2 ml, care conţin 4 mg fluspirilen în suspensie microcristalină, respectiv în flacoane de 6 ml cu 12 mg substanţă activă. Are o durată prelungită de acţiune, după o doză efectul terapeutic se menţine 5—8

zile (în medie 7 zile). Sub acţiunea drogului diminuă agresivitatea şi agitaţia psihomotorie. Substanţa are în general proprietăţi antipsihotice, acţionînd în mod special asupra unor „simptome ţintă" ca halucinaţiile, ideile delirante paranoide, tulburările de gîndire şi de personalitate, autismul şi anomaliile comportamentale. Efectul terapeutic maxim se observă după 2—3 zile de la administrare. Fluspirilena este indicată în tratamentul ambulator şi de durată al psihozelor cronice. Acest medicament facilitează cu precădere reîncadrarea socio-profesională a bolnavului suferind de schizofrenie paranoidă. În cazul unor stări grave excitomotorii poate fi combinat şi cu alte neuroleptice care nu conţin fluor. Efectele adverse sînt reprezentate de tulburări extrapiramidale (hipokinezii, diskinezii eventual akatizie) ce apar la 6—12 ore de la administrare, persistînd 24—48 ore. Rar se constată astenie, insomnie, scădere ponderală, greaţă-vărsături, eventual transpiraţii, bradicardie şi modificări ale undei T pe ECG. În unele cazuri, paralel cu dispariţia simptomelor paranoide se dezvoltă o depresie farmacogenă, care impune un tratament cu imipramină sau schimbarea drogului cu un alt neuroleptic. Medicamentul este contrindicat în b. Parkinson, precum şi în primele luni ale sarcinii. Se administrează intramuscular, 1—6 mg odată pe săptămînă. Doza iniţială este de regulă 4—6 mg/săpt. doză care poate fi mărită la nevoie pînă la maximum 10 mg/săpt. După atingerea efectului terapeutic se va menţine luni de zile o doză stabilă de susţinere obişnuită 4 mg/săpt. Administrările parenterale săptămînale au o serie de avantaje. Un fapt important este că bolnavul într-adevăr primeşte regulat şi controlat medicamentul prescris. Acest aspect este semnificativ dacă avem în vedere părerea multor autori după care din bolnavii psihici cu tratamente ambulatorii aproximativ 50% nu respectă terapia prescrisă (GINESTET). Un alt avantaj constă în posibilitatea unui control periodic şi riguros al bolnavului, care se prezintă săptămînal pentru injecţii, fiind posibilă astfel şi schimbarea tratamentului la nevoie, sau modificarea dozelor prescrise respectiv continuarea psihoterapiei. Tot în această ordine de idei putem remarca şi faptul că dozele administrate parenteral sînt mult mai mici faţă de cele orale, — scade astfel posibilitatea apariţiei fenomenelor adverse extrapiramidale.

3. Al treilea reprezentant al grupei este *penfluridolul* (SEMAP). Este un neuroleptic peroral cu efect intens antipsihotic şi cu eficacitate de lungă durată (5—7 zile). Efectele de tip „long acting" se datoresc, — ca şi în cazul celorlalţi membrii ai grupei efectului de diminuare a tensiunii superficiale respectiv liposolubilităţii crescute a drogului. Inhibiţia dopaminergică provocată în sistemul nigro-striat poate duce la apariţia unor simptome akinetice-parkinsonoide. Pe lîngă efectele sale deosebit de intense asupra simptomelor ţintă ca halucinaţiile, ideile delirante, autismul, — acţiunea sedativă este evident mai redusă. De aceea este indicat în psihozele acute şi cronice în care fenomenele de agitaţie psihomotorie nu sînt importante. Se utilizează mai ales pentru tratamentul de întreţinere, în cursele ambulatorii ale psihozelor cronice (schizofrenii mai ales paranoide, deliruri cronice sistematizate). În psihozele acute unde predomină anxietatea şi agitaţia, penfluridolul va fi asociat cu un neuroleptic sedativ sau cu un tranchilizant puternic. Efectele adverse şi contraindicaţiile sînt comune cu ale pimozidului. Penfluridolul se administrează per os, la început în doze de 10—30 mg, o dată la 5—7 zile interval. La nevoie dozele se ridică pînă la 40—60 mg/săpt., rareori devenind necesară administrarea unor doze de peste 100 mg/săpt. După reducerea episodului psihotic acut, doza de întreţinere va fi între 20 şi 60 mg/săpt. Substanţa este bine tolerată, eficacitatea sa terapeutică este comparată cu cea a enantatului de flufenazină. În cursul administrării penfluridolului (SEMAP tabl. a 20 mg) s-au semnalat stări de astenie, ameţeli, tahicardie etc. la începutul curei, iar mai tîrziu stări depresive farmacogene.

Experienţele noastre cu acest grup de neuroleptice nu sînt numeroase, totuşi credem că unele concluzii obţinute pe baza unor observaţii clinice de durată (peste 2 ani de zile) permit tragerea unor concluzii semnificative. Tratamentul a fost început în perioada spitalizării, fiind în peste 60% a cazurilor precedat de alte terapii biologice (ES, insulină) sau psihotrope. În peste 50% a cazurilor pe lîngă derivaţii difenilbutilpiperidinici s-au administrat bolnavilor şi tranchilizante minore respectiv hipnotice.

Privind rezultatele obţinute cu pimozid (ORAP) acesta a fost administrat sub forma unui tratament cronic ambulator, la un număr de 9 bolnavi, toţi suferinzi de schizofrenie, dintre care 5 pacienţi cu formă paranoidă, 3 hebefrenii şi un caz de schizofrenie infantilă. Am obţinut rezultate bune într-un număr de 8 cazuri, concretizate prin diminuarea considerabilă pînă la abolire a simptomelor productive, a comportamentului psihotic, — făcînd posibilă o reinserţie socială bună a bolnavilor. La un singur bolnav, cel cu schizofrenie infantilă tratamentul a fost ineficace. Dozele administrate s-au situat între 1 şi 4 mg zilnic în doză unică matinală. Pimozidului am asociat de regulă şi tranchilizante minore, ocazional antiparkinsoniene, iar la 2 bolnavi după 3—4 luni de tratament a devenit necesară şi administrarea concomitentă a unor timoleptice.

Penfluridolul (SEMAP) fiind un neuroleptic long acting peroral, are un inconvenient major : administrările săptămînale sînt frecvent uitate de către bolnav sau omise în mod voit, mai greu controlabile de către aparţinători. Administrarea acestui preparat am încercat numai la 4 pacienţi, toţi suferinzi de schizofrenie. Doi dintre aceştia au reacţionat foarte bine la acest tratament, fiind şi în prezent asimptomatici după o cură ambulatorie de circa 10—12 luni. Interesant de remarcat că unul dintre aceşti pacienţi prezintă o schizofrenie paranoidă-formă de debut, iar celălalt o hebefrenie deja oarecum cronicizată. Ceilalţi doi bolnavi cu schizofrenie paranoidă respectiv infantilă au primit un tratament spitalicesc cu acest neuroleptic timp de 6—8 săptămîni fără nici-o ameliorare semnificativă, fapt pentru care s-a renunţat la administrarea acestui tratament. La cei doi bolnavi trataţi cu succes am administrat săptămînal 20 mg de SEMAP, asociat în primele 2—3 zile cu romparkin. Efectul terapeutic a apărut doar în a treia—patra săptămînă de tratament, manifestat prin abolirea simptomelor productive, dispariţia autismului şi a stărilor distimice. Penfluridolul nu a influenţat anxietatea şi fenomenele hiperkinetice observate la unul dintre pacienţii noştri. Acest fapt a impus asocierea unor neuroleptice sedative respectiv tranchilizante.

Rezultatele cele mai edificatoare am obţinut cu administrarea pe termen lung a preparatului fluspirilen (IMAP). Acest medicament a fost prescris sub forma unui tratament ambulator cronic la un număr de 28 bolnavi, internaţi iniţial la Clinica psihiatrică Tg. Mureş. Repartizarea lor pe grupe nozologice arată următoarea situaţie: schizofrenii paranoide 13 bolnavi, hebefrenii 7 bolnavi, paranoia 4 bolnavi, schizo-manie 3 bolnavi şi psihoză paranoidă de involuţie 1 bolnav. Evaluarea rezultatelor s-a făcut ţinînd cont de cele 3 simptome ţintă, asupra cărora drogul a avut un efect considerabil: halucinaţiile, delirul şi tulburările de comportament. La 24 bolnavi (85,8%) rezultatele obţinute au fost bune sau foarte bune, concretizîndu-se în reinserţia socială acceptabilă sau chiar bună (peste 60% a bolnavilor sînt încadraţi în muncă, avînd profesiunea anterioară îmbolnăvirii), prin diminuarea simptomelor productive, a comportamentului autistic şi antisocial. Am constatat efectul remarcabil al drogului asupra tulburărilor de gîndire, hipobuliei şi în parte dispoziţiei depresiv-anxioase. Dozele au fost administrate săptămînal odată 4—8 mg intramuscular, fiind asociate cu antiparkinsoniene parenterale (inj. Tremblex sau Ponalid). La 4 bolnavi (14,2%) preparatul nu a avut eficacitatea dorită, neinfluenţînd simptomatologia sau chiar ducînd la apariţia unor simptome nedorite. Astfel la 2 bolnavi cu schizofrenie paranoidă după aprox. 3—4 luni de tratament am constatat pe lîngă atenuarea simptomelor productive accentuarea autismului, apariţia unor stări apato-abulice cu distimie şi somnolenţă diurnă, ce a impus întreruperea administrării IMAP-ului. După observaţiile noastre această terapie poate fi menţinută cu succes luni sau ani de zile cu o doză medie de 4 mg/săptămînă. Efectele secundare sînt neînsemnate, reprezentate prin rare fenomene extrapiramidale, mai frecvent semne de astenie, disconfort intern şi somnolenţă în primele două-trei zile după administrare. Preparatul a fost bine tolerat, fiind tratamentul ambulator exclusiv în peste 50% a cazurilor amintite mai sus. Pe baza observaţiilor noastre putem afirma că acest preparat avînd proprietăţi antipsihotice, antiautiste şi halucinolitice evidente, este indicat în tratamentul de durată al schizofreniei paranoide şi al psihozelor delirante cronice. Dar poate fi încercat şi în cazul unor hebefrenii, psihoze maniacale atipice sau chiar în psihoze paranoide de involuţie. Verificarea remisiunilor clinice cu ajutorul testelor de proiecţie (Szondi, Rorschach) a fost efectuată numai la 8 pacienţi; — aceste examinări au relevat ameliorarea certă a adaptabilităţii sociale, a percepţiei şi a tulburărilor de gîndire.

Rezultatele obţinute, exprimate prin cei 60% de pacienţi psihotici recuperaţi ai căror performanţe profesionale s-au ameliorat considerabil după 6—8 luni de tratament, — ne îndreptăţesc să afirmăm că la ora actuală aceste medicamente constituie tratamentul de elecţie al tuturor psihozelor delirante cronice şi acute, avînd o eficacitate neîndoielnică şi incomparabilă cu alte droguri asupra simptomelor productive.

The study presents the observations of the authors concerning the therapeutic efficiency of a group of new neuroleptics: the diphenylbutylpiperidin-derivates. After giveing a review of the data from the literature there are discussed the results obtained with Pimozide Penfluridol and especially with Fluspirilene in a number of 51 patients observed by the authors for a period of 2 years. The relativly high procentage (60%) of recuperated patients obtained especially with Fluspirilene (IMAP) in some chrinic and acute paranoid psychoses permits us to affirm that the diphenylbutylpiperidin-derivates constitutes the elective treatment of all psychoses which appear with productive symptomatology (delusions and hallucinations).

SCHIZOFRENIA : ADAPTARE ? RECUPERARE ?

S. Diacicov
— *Bucureşti*

Trăim astăzi, în psihiatrie, o criză care fără îndoială este o criză de creştere. Ea provine în primul rînd din faptul că specialitatea noastră nu se simte în largul ei ca *pură disciplină medicală*. Încercările de-a asimila entităţile clinice psihiatrice cu bolile cunoscute în patologia generală au cunoscut un succes numai parţial. Cînd s-a descris paralizia generală ca reuniune de simptome clinice corelate cu o anumită alteraţie histologică, cînd ceva mai tîrziu, s-a putut demonstra că acestei alteraţii îi corespunde o etiologie bine precizată, s-a născut speranţa (dealtminteri legitimă) că precizări similare se vor putea face şi pentru alte boli psihice. Succesele nu au fost puţin numeroase: bolile lui Pick şi Alzheimer, mongolismul, oligofrenia fenil-piruvică şi altele. Orice psihiatru cu oarecare experienţă ştie însă că, oricît de mult am înmulţi lista ea cuprinde pentru moment numai un număr limitat din numărul de cazuri care îi sînt adresate. De aici o reacţie antibiologistă — care însă a fost de un oarecare folos căci ea a atras atenţia, cu o radicalitate poate neavenită dar desigur stimulatoare, asupra factorului social ca element ce intervine în geneza şi evoluţia bolii psihice. Şi de ce să nu o recunoaştem: cu oricîtă precizie am ajunge să cunoaştem tulburarea enzimatică ce stă la baza schizofreniei nu vom putea să omitem, fără să fim acuzaţi de orbire, faptul că schizofrenicul este o fiinţă umană care trăieşte într-un anumit mediu, că este supus avatarurilor unui răspuns al acestui mediu cu atît mai violent cu cît el însuşi ca persoană este, prin natura bizară a comportării lui mai excitant pentru a produce reacţii violente; că mediul însuşi suferă, în lungul şir de întîmplări şi evoluţii pe care le implică o viaţă omenească (fie şi de schizofrenie), mutaţii adînci care solicită capacitatea de adaptare a individului. La urma urmelor nici biologia umană normală nu este atît de exclusivă încît să respingă legile sociologice. De ce biologia patologică ar exclude studiul determinărilor sociale pe care bolnavul mintal le suferă? De vreme ce îngrijirea bolnavului psihic nu trebuie să fie numai biologică, ci trebuie să fie în acelaşi timp şi o luare în consideraţie a trebuinţelor şi aspiraţiilor persoanei umane în ceea ce aceasta are mai specific, instituţia psihiatrică trebuie să-şi modifice structurile şi optica.

Termenul de „ospitalism“, deghizat în expresia organicistă de „demenţă ospitalieră“ nu este nou. Se desemnează prin aceşti termeni o învăţare negativă a inactivităţii, a pasivităţii, ce capătă cu timpul trăsăturile esenţiale ale demenţei: *stereotipia* şi ireversibilitatea. Împotriva acestui rău (considerat totuşi un rău minor în raport cu ceea ce putea deveni existenţa bolnavului mintal în afara zidurilor azilului) se preconiza organizarea unei activităţi sistematice şi, pe cît posibil, productive. Aşa s-a născut ergoterapia şi, odată cu ea o armă preţioasă la care nu putem renunţa nici azi. Dar, pe de o parte, ergoterapia este ea însăşi pîndită de pericolul stereotipizării. Munca este oricum preferabilă ticurilor demenţiale, dar riscă mereu să devină un soi de stereotip mai complex. De aceea ea nu-şi atinge scopul decît în măsura în care îşi propune (bineînţeles în conformitate cu exigenţele realităţii — în speţă cu capacităţile restante ale bolnavului mintal) să se găsească mereu la nivelul *creativităţii*, la o treaptă de exigenţă aflată pe acelaşi plan cu maximum de originalitate, de inspiraţie, de care un individ dat este capabil. O bună şi eficientă ergoterapie se află întotdeauna în vecinătatea activităţii creatoare asupra căreia, în momentele ei fecunde, debordează.

Dacă spitalizarea poate fi o boală, pe de altă parte spitalul poate să îmbolnăvească. Să considerăm grupurile în prezenţă în cadrul unei instituţii spitaliceşti: bolnavii (unii recenţi, care se consideră trecători, în genere nesolidari cu instituţia, alţii mai vechi sau reveniţi care la rîndul lor pot face corp comun cu ea sau dimpotrivă pot să o considere cu un sentiment ostil), medicii, personalul zis „mediu“ (al cărui contact intim, nemijlocit cu bolnavul îl meneşte unui rol deosebit de important, adesea insuficient exploatat), personalul de îngrijire şi cel administrativ. Vedem că spitalul de psihiatrie este o realitate socială deosebit de complexă în care este inevitabil să se înfrunte o serie de antagonisme, dar şi să se înfiripe un dialog. Funcţionarea armonioasă a spitalului nu este numai o sarcină administrativă ci şi una propriu zis terapeutică în măsura în care scopul ultim al aceste funcţionări este obţinerea unui grad maxim de sănătate mintală a pacienţilor.

Toate curentele medicale care au animat pînă de curînd psihiatria s-au mărginit să realizeze o legătură dublă între pacient şi medic. Ca un halou, uneori evocat, dar niciodată manevrat, pe un plan secundar, de fond ,se găseau persoanele ce jucau un rol mai mult sau mai puţin important în viaţa bolnavulului. Cercetările mai noi au putut să arate că, foarte adeseori, mediul (în fapt cercetările privesc mai ales mediul familial) din care provine pacientul conţine persoane tot atît de bolnave sau, în tot cazul, prezentînd tulburări psihice — în genere emoţionale — severe. Pacientul este adeseori numai „bolnavul oficial“, mai mult sau mai puţin ţapul ispăşitor, victima — sau dimpotrivă fiinţa mai slabă, hiperprotejată îndărătul căreia se ascunde o vastă cazuistică latentă. În ciuda caracterului necontrolat al ipotezelor emise de cei ce au căutat să descrie structura familiei schizofrenice, ea ni s-a părut totuşi atrăgătoare. În fond studiile controlate nu pot aduce decît verificări sau infirmări, în timp ce cercetările de tipul celor făcute de cei ce au studiat familiile de schizofreni au meritul că pun în discuţie o mare bogăţie de concepte a căror validare sau invalidare va da de lucru multă vreme de aici încolo unui mare număr de oameni de ştiinţă. Experienţa noastră clinică ne face să credem că, în mare măsură, aceste intuiţii relative la atmosfera familială în care se dezvoltă schizofrenicul, sînt valabile. Cu toate acestea, cădem pe o dificultate majoră: nu ştim deloc ce se întîmplă în familiile normale. Într-adevăr astfel de familii nu au nici un motiv să se dezvăluie şi este totuşi cert că infernul familial nu este apanajul familiilor în care apare un schizofren. Problema este doar dacă nu este vorba în această ultimă eventualitate de un tip particular de infern. Este evident cît de dificil e să studiezi martori în acest caz. Apoi, trebuie luată în consideraţie posibilitatea că trăsăturile de tip schizoid care se întîlnesc la părinţi să fie transmise nu numai educaţional, ci şi genetic.

Toate aceste „reamintiri“ legate de bolnavul psihic şi mediul în care trăieşte au avut drept scop să arunce o lumină mai persistentă, asupra unui aspect dacă nu neştiut, dar trecut destul de uşor cu vederea în epoca terapiei biologice. Noţiunile de boală şi sănătate şi-au pierdut vechea accepţie nedobîndind un sens nou adecvat societăţii contemporane. Graţie revoluţiei în ştiinţele naturale vindecarea a încetat să fie un miracol. Boala, însă, dealungul secolelor o formă de viaţă acceptată în cadrul condiţiei umane — se reduce azi, pentru opinia publică şi, de multe ori şi pentru medici, la o „defecţiune“, nimic mai mult decît „pierderea capacităţii de muncă“, care în cazuri grave duce la izolarea de contextul social. Pentru suferind însă, chiar dacă aceasta se numeşte schizofrenie, boala rămîne o profundă criză personală, generatoare de nelinişte profundă în ansamblul unei societăţi obsedate de idealul tinereţii ş ial randamentului. Prin asimilare cu tehnicismul care ne înconjoară, terapia a devenit o simplă operaţie de „depanare“.

Desigur idealul psihiatriei este de a „recupera“ schizofrenicul, de a-l readuce în sînul societăţii şi implicit de a-l face util societăţii. De multe ori însă, această dorinţă de a-l face „util“ ne face să parcurgem doar o jumătate din drumul pe care îl avem spre recuperare.

Intr-un articol privind rezultatele ergoterapiei Suess descrie 78 bolnave schizofrenice care au fost supuse la ergoterapie cu munci grele (într-o carieră de piatră), anterior bolnavele fiind tratate cu insulină, ES şi neuroleptice cu rezultate slabe. Afirmă că rezultatele acestei terapii au fost mult mai bune decît ale terapiei biologice, randamentul bolnavilor fiind foarte ridicat. Dacă ne aşezăm în poziţia celor ce au avut nevoie de piatra din carieră, desigur rezultatele au fost splendide. Este mai dificil să luăm locul schizofrenilor (nu trebuie însă să uităm că unii autori explică efectul ergoterapiei prin epuizarea fizică). Credem că schizofrenii de mai sus mai degrabă s-au adaptat — neavînd încotro — la o situaţie, adaptare care din afară ar putea părea ca o recuperare.

Am urmărit 60 de schizofreni timp de 5 ani, precum şi efectele ergoterapiei asupra : 1. afectivităţii ; 2. activităţii ; 3. delirului ; 4. sociabilităţii. Este de remarcat că la doi ani după stabilirea diagnosticului unei forme de schizofrenie, timp în care bolnavii au urmat un tratament cu psihotrope, la majoritatea cazurilor au rămas prea puţine elemente care să permită încadrarea într-o formă clasică de schizofrenie. S-ar părea că îmbibarea masivă cu psihotrope nu permite apariţia şi dezvoltarea „simptomelor pozitive“ (în sensul lui Snejnevski), favorizîndu-le însă pe cele „negative“, reprezentate prin sărăcirea progresivă a vieţii psihice, degradarea personalităţii. S-ar putea ca în lipsa medicaţiei moderne, multe din schizofreniile diagnosticate la debut ca „simple“ să fi luat o altă alură, aşa cum s-ar putea ca alte forme de schizofrenii să ia acest aspect simplu, aplatizat în urma tratamentului. Bineînţeles că aceasta rămîne o ipoteză.

Am reprezentat grafic influenţa pe care au suferit-o 2 din cele 4 elemente urmărite în urma ergoterapiei şi terapiei ocupaţionale. Din grafic reiese că elementul care a beneficiat cel mai mult de ergoterapie a fost activitatea şi mai puţin au fost influenţate afectivitatea şi tulburările de gîndire. Persistenţa delirului şi a unei relative aplatizări afective nu au împiedicat activitatea „productivă“ a acestor bolnavi. De foarte multe ori am observat bolnavi cu un comportament social adecvat, în spital, dar care ajunşi în familie se decompensează rapid. Din acest motiv am numit sociabilitatea pe care o observăm la bolnav în spital „neo-sociabilitate în mediu restrîns“. Aceşti bolnavi se adaptează destul de repede şi bine la noua situaţie, la spital, devin mai puţin autişti, colaborează cu ceilalţi bolnavi din colectiv, lucrează — dar sînt incapabili să se supună exigenţelor sociale, devenind inutili şi periculoşi în societate pe cît de utili şi inofensivi sînt în spital.

Am remarcat că delirul a fost destul de puţin influenţat de terapie, dar cu toate acestea bolnavii lucrau bine, se integrau colectivului ergoterapeutic. Cum se explică acest fenomen ? Urmărind raportul : delir-lumea reală (e vorba de cazuri vechi), am ţinut seama de : 1. lumea reală a ambianţei, care este realitatea socială unde se inseră şi integrează bolnavul ; 2. lumea virtuală a delirului care condiţionează întreaga viaţă a delirantului. La bolnavii la care coexistă cele două „lumi“ munca apare ca un derivativ sau ca un fel de „momeală“. Aşa numita „sciziune longitudinală“ a lui Mayer-Gross şi Max Müller, fenomen care permite unor bolnavi să nu fie internaţi, să trăiască în libertate îndeplinind diferite obligaţii în viaţa socială, conservînd ideile lor delirante. La o mică parte din bolnavii noştri la care viaţa psihică e în totalitate o formaţie pur delirantă, la care gîndirea delirantă domină comportamentul ca o prismă prin care se percepe o realitate deformată, nu am întîlnit nici o tendinţă de a „normaliza“ delirul ; dar şi la aceştia, rezultatul ergoterapiei — socotit în productivitate — era foarte bun.

Bazaţi pe observaţii sporadice anterioare, am preluat în ultimii 2 ani un lot mai restrîns de schizofreni de la prima internare la care — alături de medicaţia psihotropă — s-a insistat asupra contactului psihoterapeutic iniţial, urmat de cîteva şedinţe de psihoterapie intensivă, o atenţie psihoterapeutică sporită acordată debutului sau măcar debutului hospitalizării schizofrenului. Este adevărat că prin însăşi posibilitatea instaurării acestui contact s-a operat o eliminare a unor cazuri cu debut de maxim dramatism, dar rezultatele parţiale obţinute par superioare. Aceasta din punctul de vedele al aspectelor de contact, afective şi al criticii elementelor productive. Un contact inţial de lungă durată, instaurarea unui transfert pozitiv cu terapeutul creşte capacitatea de critică a fenomenelor productive şi scade tensiunea psihotică, lăsînd deschisă poarta criticii la o nouă amplificare a procesului disociativ. Apare o oarecare delimitare a trăirii normale sau reziduale de cea „critică“ — care — în măsura în care acest transfert s-a instaurat este posibil de depăşit prin interpretare în contactul dezanxietant cu terapeutul. „Aplatizarea“ se reduce prin însăşi faptul că în aceste contacte psihoterapeutice — în grup de urmărire şi discuţie săptămînal sau individual în situaţii mai dramatice — se găsesc soluţii parţiale de întărire a criticii şi suport pentru perioada de existenţă dată.

Bineînţeles că experienţa de mai sus necesită o tehnică psihoterapeutică proprie şi un control mai riguros al comparaţiilor cu alte modalităţi de abordare, dar ea sugerează cîteva observaţii care merită subliniate.

Schizofrenia — disfunţia contactului cu lumea nu poate să fie abordată curativ fără a accentua asupra unei tehnici de contact terapeutic. Acesta se instaurează capricios şi ades formal — observaţia arătînd că schimbarea terapeutului scade mereu din capacitatea de responsabilizare şi iniţiativă autentică a bolnavului.

Astfel „preparat“ într-un contact iniţial se observă o creştere a capacităţii critice şi a iniţiativei în activitatea de grup, ajustarea la activitatea de grup fiind mai stabilă şi mai flexibilă.

Astfel ergoterapia poate fi în continuare considerată ca terapie mai ales prin relaţiile de grup pe care le creează şi nu prin activitatea mecanică, ades stereotipă, care nu face decît să producă o adaptare parţială, o deprindere inferioară la o condiţie mult inferioară ca tip de solicitare celor din viaţa reală. O adevărată recuperare trebuie să vizeze nu o adaptare „de jos“, ci ambientarea schizofrenului cu elemente capabile să-i declanşeze mecanisme de socializare pe toate dimensiunile : afective, motivaţionale, de contact interuman, de activitate ideativă şi fizică.

This paper presents the negative by effects hospitalizing and ergotherapy upon schizophrenic patients and attempto a critical anlysis of several factors traditionally implied in the process of therapy.

The reference to „the capacity to work“ in order to appreciate the evolution of the patient is generally one — sided nad its recuperation does often constitute but a partial adaptation, a training which does warrant neither the integrity nor the relative independence or the stability of the recuperation.

The study concerning 60 schizophrenics that have undergone a treatment combined of psychotropic drugs and ergotherapy over a period of five years — shows that certain processes as affectivity and troubles in the process of thinking do not suffer a positive influence ; it is only activity, that unde goes a positive change thanks to the treatment. As ar compensation the initial psychotherapeutic taking over works for the deeper benefit of the latter processes.

The conclusion of this paper is the fact that in or order to diminish the negative by — effects of psychotherapy and ergotherapy, it is necessary to amphasize the relational aspect of ergotherapy and to deepen the psychotherapeutical contact with the schizophrenic patient to restructure himself by means of creative mechanisms, efficient for a real resocialization.

UNELE ASPECTE DE PROFILAXIE LA BOLNAVII CU POTENŢIAL SUICIDAL SAU CU TENTATIVE DE SUICID ÎN ANTECEDENTE

Gh. Grecu, P. Binder
— Tg. Mureş

După datele din literatura de specialitate suicidul este semnalat ca fiind existent încă din cele mai vechi timpuri şi se poate afirma că actualmente valul tentativelor de suicid s-a extins foarte mult, în special în ţările hiperindustrializate în care oameni de toate vîrstele şi în special tineri, ajung la un moment dat la situaţii disperate, din care nevăzînd posibilitatea unor ieşiri demne, încearcă — cu sau fără succes — să-şi pună capăt propriei lor existenţe. Cu toate că motivarea acestui comportament autolitic diferă mai mult sau mai puţin de la tentator la tentator din studiul acestui aspect se desprind două grupe de factori favorizanţi şi anume: individuali şi sociali (ultimii ducînd odată cu desrădăcinarea la însingurare, depersonalizare şi dezumanizare cînd „omul modern“ al ţărilor hiperindustrializate se transformă treptat într-un adevărat „robot“ la care se mai adaugă violenţa şi teroarea, sectele bizare şi abuzul de droguri, etc.).

Datorită faptului că în multe ţări suicidul este una dintre cauzele majore ale creşterii mortalităţii şi morbidităţii, dorinţa prevenirii acestui comportament antipersonal şi antisocial a determinat în ultimele decenii o creştere accentuată a cercetării complexe a acestui fenomen psihopatologic, urmărindu-se în primul rînd cunoaşterea factorilor care intervin în determinarea acestor acte tragice şi a găsirii celor mai adecvate măsuri de prevenire şi ajutor în stări critice (Crisis therapy — CAPLAN 1964, PARAD 1965, FABEROW 1972 — sau „crisis intervention“, „crisis services“).

Cu toate că din 1897 cînd a apărut monografia lui DURKHEIM „Suicide“ au trecut peste opt decenii, prin profunzimea concluziilor desprinse din studiile sale, care consideră suicidul ca o manifestare critică a unui defect de integrare socială, opera sa rămîne (constituie) şi azi o bază de referinţă în cercetările moderne ale acestui comportament cu tendinţe autolitice reuşite sau nereuşite.

Pornind de la un studiu efectuat asupra unui lot de peste 700 persoane care comiseseră recente tentative de suicid, RINGEL în 1949 a descris „Sindromul presuicidal“, caracterizat prin prezenţa ideilor şi preocupărilor autolitice, a comportamentului autoagresiv şi îngustarea conştiinţei. La propunerea şi insistenţele sale făcute în acelaşi timp şi ulterior, în 1960 a fost înfiinţată „INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR SUICIDE PREVENTION“ (I.A.S.P.-ul), care pe lîngă organizarea aproximativ la 2 ani a unor congrese mondiale se ocupă în permanenţă şi de studierea complexelor faţete ale acestui fenomen de „autosuprimare“.

Depistarea şi recunoaşterea din timp a riscului suicidal, risc care este foarte ridicat în unele maladii psihice cum sînt de pildă depresiile la care riscul atinge un procentaj de aproape 60% (GRECU şi colab. 1972) are o importanţă extremă în ceea ce priveşte instituirea cît mai precoce a celor mai adecvate măsuri de profilaxie a tendinţelor autolitice. În aprecierea riscului de suicid, care în spitalele de psihiatrie se ridică, după unii autori, pînă la 48% din cei spitalizaţi, pe lîngă tabloul psihopatologic al fiecărui caz în parte, trebuie să ţinem cont şi de alţi factori cum ar fi: predispoziţia ereditară cu existenţa unor tentative anterioare în antecedentele eredocolaterale şi personale, prezenţa unor simptome sau suferinţe chinuitoare dublate de nesiguranţă, anxietate, idei delirante micromanice sau paranoide, tristeţe profundă şi disperare cu crize de panică anxioasă, pierderea unor persoane apropiate sau a unor bunuri materiale, relaţiile conflictuale, alcoolismul sau abuzul de droguri, dezrădăcinarea, abandonul, izolarea, lipsa aparţinătorilor etc. Dar în cadrul acestui context mai există şi alte interferenţe ale riscului cu vîrsta şi anotimpurile (întîlnindu-se o incidenţă mai ridicată primăvara şi toamna) astfel se constată că pe măsura creşterii în vîrstă creşte şi forţa intenţiei de a reuşi într-o încercare autolitică în timp ce motivaţia pentru a ajunge la această încercare descreşte, de unde şi procentajul mai ridicat al acestor reuşite de suicid la vîrstnici faţă de un procentaj mai redus de tentative comise comparativ cu tinerii la care tentativele de suicid sînt mai numeroase, dar reuşitele mai reduse.

Interpretarea impulsivităţii spre suicid, corespunde la tineri cu „strigătul de ajutor“, în timp ce la vîrstnici ea ar însemna mai degrabă „renunțarea la orice fel de ajutor“.

Dintr-un studiu epidemiologic efectuat de BUGLASS și McCULLOCK (1970) asupra unor decese realizate prin suicid, reiese că peste 30% dintre aceștia au comis anterior mai multe tentative de suicid. De fapt, așa cum am constatat și noi (GRECU și colab. 1972) aceste cifre corespund cu ale noastre, iar din cei ce comit tentative de suicid, aproximativ 23% în următorii 3 ani comit o nouă tentativă asemănătoare sau modificată ceea ce duce la reușită în cel puțin 4%. Iată deci că bolnavii ce au tentative de suicid în antecedentele personale, prezintă un risc de aproximativ 150% mai ridicat față de restul populației (TUCKMAN și YOUNGMAN, 1963). În același timp, riscul realizării unei tentative de suicid este favorizat și de ușurința cu care se pot procura o serie de medicamente și în special barbiturice, diazepanice și antidepresive, care sînt utilizate în aproximativ peste 80% din cazuri, ceea ce demonstrează că și tentatorii se adaptează la schimbările survenite în chimioterapia națională. Desigur, că în majoritatea cazurilor aceste preparate (au fost) sînt obținute de tentatori pe baza unor rețete medicale, ceea ce demonstrează nu numai prezența unor tulburări psihice, ci și prezența la unii din ei a unui risc potențial de suicid, situații în care își administrează medicamentul (sau coctailul de psihotropice) într-o doză excesivă.

Pornind de la cunoașterea factorilor de risc se pot desprinde cu mai multă claritate o serie de măsuri profilactice a căror caracter bidirecțional vor urmări pe de o parte influențarea optimistă a bolnavului cu preocupări autolitice exteriorizate sau mascate, iar pe de altă parte modificarea receptivității sociale față de acești indivizi (tentatori) aflați în situații critice sau de impas existențial. În cadrul psihoprofilaxiei, făcînd asociație între adaptare și suicid, vom căuta să îmbunătățim posibilitățile de adaptabilitate și integrare a bolnavului în mediul familial și socio-profesional, contribuind în același timp și la diminuarea treptată a tendințelor auto și heteroagresive, astfel ca în cel mai scurt timp rigiditatea ideilor și a comportamentului autolitic să se metamorfozeze într-un comportament maleabil de adaptare la condițiile existenței sale reale cu posibilitățile ameliorării sale. Desigur că pentru atingerea acestor deziderate este necesară și o creștere a receptivității societății față de variabila problematică a membrilor săi aflați în situații critico-disperate. În cadrul măsurilor psihoprofilaxiei și în special prin intermediul psihoterapiei promovăm la bolnavi realizarea unor autoaprecieri reale asupra valorii lor globale și sociale, în raport direct cu complexitatea problemelor personale și a relațiilor sale interpersonale armonioase sau dizarmonice. În privința societății, prin intervențiile noastre, realizate pe baza unor observații judicioase va trebui să îmbunătățim în continuare atît optica cît și atitudinea mai umană față de bolnavul psihic în general și a persoanelor cu risc (potențial) suicidal sau cu tentative de suicid în antecedente, în special a căror problematică trebuie privită în mod global și nu fragmentar. Desigur că înlăturarea indiferentismului social față de acest fenomen autolitic implică pe lîngă un ajutor moral și unul material, ajutor care prin salvarea vieții unor indivizi descumpăniți psihic, dar cu posibilități de a redeveni ulterior membri activi și utili societății, vor contribui din plin nu numai la amortizarea lui rapidă, ci și la numeroase alte beneficii personale și sociale.

Din cele de mai sus rezultă că deși prevenirea suicidului (psihoprofilaxie primară) este cea mai dorită, nu întotdeauna acest obiectiv profilactic poate fi realizat, iar în aceste situații, după comiterea tentativei se fac eforturi terapeutice intensive atît pentru restabilirea și recuperarea funcțiilor vitale, cît și a celor psihice concomitent cu pregătirea optimistă a bolnavului, precum și de diminuare a traumei psihice pe care acest act disperat a produs-o asupra mediului său familial în special (psihoprofilaxie secundară). Odată cu recuperarea biopsihică a tentatorului, ne orientăm atît spre îmbunătățirea posibilităților sale adaptative și integrative în mediul familial și socio-profesional în care trebuie să trăiască și să muncească, cît și la pregătirea acestui mediu care va trebui să-l ajute în realizarea optimă a obiectivelor amintite și în special la diminuarea și chiar înlăturarea factorilor ce ar putea favoriza repetarea tentativei (psihoprofilaxie terțiară).

Inainte de a trece la realizarea obiectivelor psihoprofilactice amintite am încercat întotdeauna să cunoaștem motivația acestui act disperat, iar răspunsul la întrebarea : „De ce ai comis această tentativă ?“ a fost aproape invariabil „Am dorit să mor“, fără însă a trece la o explicare atentă și responsabilă a adevăratelor motive ; la care printr-o înțelegere și o atitudine blîndă și nicidecum jignitor-moralizatoare față de bolnav, vom reuși să ajungem la cunoașterea fondului esențial al problemelor sale bio-psiho-sociale și abia numai după aceea putem trece la instituirea unei scheme terapeutice complexe a căreia obiective finale sînt : recuperarea, adaptarea, integrarea socio-profesională armonioasă și prevenirea altor tentative.

De obicei bolnavii cu preocupări de suicid au o problemă centrală, a cărei amplificare enormă este dată de o înaltă tensiune afectiv-negativă, la care se mai adaugă și alte probleme secundare de mai mică importanță, denumite și probleme satelite. Cunoașterea acestor probleme și în general a tuturor aspirațiilor, succeselor, insucceselor, necazurilor și insultelor suferite de bolnav, și altele este absolut necesară pentru că numai astfel putem ajunge la o motivație realistă și mai ales la găsirea celor mai adecvate scheme terapeutice și aceasta cu atît mai mult cu cît o mare parte a tentativelor reprezintă un „strigăt de ajutor“ (un semnal SOS) emis de un „umanoid“ ajuns într-un impas existențial. Prin aceste tentative identificate ca fiind un „strigăt de ajutor“, în majoritatea cazurilor tentatorii doresc să obțină unele ameliorări sau schimbări, în relațiile conjugale sau erotice, îmblînzirea părinților prea intransigenți și autoritari sau indiferenți la dorințele lor, apropierea colectivului de muncă, schimbarea profesiei etc.

Menționăm că în practica noastră aceste măsuri psihoprofilactice se întrepătrund, astfel pornind de la bolnav și ajungînd în raport direct cu familia sa, sau cu colectivul său de muncă, psihoprofilaxia noastră îmbracă o formă tridimensională și anume : primară, secundară și terțiară.

Un alt aspect al problemei se leagă de dificultatea cu care se depistează persoanele cu potențial suicidal, tocmai de aceea acolo unde riscul suicidal este mai ridicat, cum sînt de pildă stările depresive, prin întrebări adecvate stării psihopatologice a fiecărui bolnav, abordăm direct această problemă, urmărind în cadrul acestei comunicări atît conținutul textual al răspunsului și afectul care-l însoțește (exprimat mimico-gestual și prin rezonanța psihomotorie), cît și metacomunicarea și implicațiile asupra relațiilor dintre medic și bolnav. Nu cu mulți ani în urmă de teamă ca nu cumva să crească riscul potențial și să ajungă la un act letal prin puterea sugestiei, medicilor le era frică să pună asemenea întrebări bolnavilor. Deși în teorie se poate întîmpla, totuși după observațiile noastre și ale altor autori marea majoritate a bolnavilor au abordat în mod sincer această problemă și chiar după aceste discuții s-au simțit mai ușurați și liniștiți, iar în perioadele critice în care disperarea, ideile și preocupările de suicid deveneau prea puternice și greu de stăpînit, ei apelau din proprie inițiativă la ajutorul nostru.

In cazul în care răspunsul infirmă în mod sincer prezența ideilor sau a preocupărilor de suicid, desigur că odată cu întreruperea discuțiilor pe această temă, vom ruga bolnavul că dacă totuși vor apărea asemenea preocupări să vină să ne anunțe imediat. Acolo însă unde răspunsul este afirmativ, sau chiar mascat, dar bănuit de noi — întrerupem imediat discuția pe această temă dirijînd-o într-o altă direcție (familie, loc de muncă etc.), după care revenim tot brusc la tema suicidului prin întrebări : „Vă gîndiți la moarte ? Prin ce mod și mijloace vă chibzuiți moartea ?“ „Ce fel de moarte s-ar potrivi personalității dv. ?“ etc., iar după răspunsurile obținute urmate apoi de intervenția noastră scurtă, dar relaxantă (realizată prin cîteva fraze), abordăm ultima întrebare „Unde v-ați gîndit să vă puneți planul de suicid în aplicare ?“

Cu toate că această tactică de depistare a potențialului suicidal prin asalturi de întrebări malițioase dar discontinui ce vin din sensuri diferite, ar apărea la prima vedere prea interogativă și supărătoare pentru bolnavi, ea nu i-a supărat niciodată, ci din contră ne dă posibilitatea unei aprecieri mai juste a riscului de autosuprimare. Astfel, pericolul de suicid este foarte mare atunci cînd în conștiința bolnavului s-au cristalizat atît mijloacele cît și modul sinuciderii, iar atunci cînd în afară de mod, bolnavul și-a stabilit și locul realizării acestui act disperat pericolul poate fi estimat ca fiind iminent.

In psihoprofilaxia acestor bolnavi un rol extrem de important revine psihoterapiei dialectico-raționale desfășurată cu multă bunăvoință, stimă și căldură, dar fermă și intrețesută de empatie de o atenție și interes deosebit față de problemele și viitorul lor, căutînd astfel ca încetul cu încetul să-i scoatem din sufocantul lor impas existențial învăluit de pesimism și o disperare asfixiantă, la care se mai asociază senzațiile și ideile chinuitoare de neputință, împotmolire, inutilitate, incurabilitate și autolitice în jurul cărora se realizează o ruminație mintală sterilă, stereotipică.

Concomitent cu „cîștigarea de timp“, alături de grija și atitudinea noastră blîndă, dar fermă, vom apela și la alte argumente umanizator-altruiste, arătîndu-i că prin actul pe care avea de gînd să-l comită ar fi adus prejudicii și suferințe atît celor mai apropiate persoane (copii, părinți, frați, rude, prieteni), cît și societății în care trăiește și în special lui personal prin ireversibilitatea vieții odată pierdute.

Dintre primele semne care evidențiază depășirea impenetrabilității inițiale, amintim izbucnirea în plîns sau apariția unor zîmbete care înseninează și limpezesc privirea și mimica, clipe care demonstrează că bolnavul începe să devină conștient de faptul că ceea ce l-a împins sau îl împinge spre acest act disperat este neînsemnat comparativ cu pierderea vieții și suferințele aparținătorilor. Dar în aceste condiții, fără a considera cazul salvat, cu aceeași atenție vom căuta să dezlegăm gîndirea bolnavului legată de prezentul fastidios și funebru, inducîndu-i preocupări axate atît pe autoîngrijire, autoconservare și autoapărare (ținută vestimentară, igienă corporală, alimentație etc.) cît și spre exterior și în special spre viitorul apropiat și îndepărtat (îmbunătățirea relațiilor cu cei apropiați, ameliorarea unor suferințe, depășirea impasului etc.) și revenirea la o activitate și existență normală și corespunzătoare stării sale de sănătate psihosomatică și a pregătirii profesionale, fără a face promisiuni gratuite și neconvertibile în practica existențială cu scopul obținerii unor rezultate rapide, ceea ce de fapt poate constitui un factor favorizant pentru reapariția preocupărilor sau chiar a comiterii unei noi tentative de autosuprimare.

Prin depistarea riscului suicidal și instituirii unor scheme individualizate, despre care am vorbit în general, am reușit ca în marea majoritate a cazurilor studiate să obținem recuperări foarte bune printr-o îmbunătățire a posibilității lor de adaptabilitate și de integrare familială și socio-profesională. Dar cu toate aceste rezultate, rămîne de semnalat faptul că mai avem greutăți, din care unele se datoresc numărului redus de psihiatri și de paturi în clinica noastră de psihiatrie, precum și unor prejudecăți învechite de stigmatizare a bolnavilor psihici, existente nu numai în sînul populației, ci chiar și a personalului sanitar. Se impune ca și pe viitor să se desfășoare o vastă activitate de educație și informare sanitară atît în rîndul populației, cît și al personalului medico-sanitar, pentru a face cunoscut că bolnavul psihic așa ca și cel cu suferințe cardiace, hepatice sau de altă natură nu s-a îmbolnăvit la cerere, și că și el are posibilități, de multe ori chiar mai mari și mai complexe să se vindece de suferința lui, dar de multe ori ajuns vindecat el este „stigmatizat“ de societate, situație care determină o atitudine de repulsie a bolnavilor psihici conștienți de suferința lor și care apelează ani de-a rîndul la alte specialități, pînă cînd în cele din urmă ajung la preocupări și chiar tentative de suicid cu care ajung în clinica noastră. Desigur aşa cum pentru cardiaci, hepatici şi alte suferinţe organice s-au creat condiţii pentru desfăşurarea unor activităţi adecvate (regim de cruţare fără eforturi mari etc.) tot aşa ar trebui ca şi pentru bolnavii psihici să se creeze condiţii de muncă cu mai puţine stress-uri sau alte noxe profesionale.

De fapt, tratarea şi recuperarea bio-psihică familială şi socio-profesională a bolnavului psihic şi a celui cu tentative nereuşite de suicid este o sarcină a medicinii în general şi a psihiatriei în special, dar realizarea acestor deziderate constituie o sarcină globală a societăţii noastre.

As concerning the general study of adaptation, integration and recovering of the psychic pacients, trough this paper, the authors wanted to make known their results in their therapy made on hospitalized patients concerned with unsuccessfull attempts of committing suicide in the Pspchiatry Clinic in Tg. Mureş.

In order to achieve this study, in the last years we have used a discuntinuons oral test technique" which although apparently seems to be malicious, it did not induce the reticence or anger of the studied patients, but on the contrary with the help of it we succeeded to appreciate more realistically and more rapid the suicidal risk, and consequently to take the most adequate measures to prevent suicide.

We consider to be very usefull to set up in every university centre a phone station of psychiatric firest aid and which coul be called up by those in crisis therapy.

PROBLEME DE RECUPERARE ŞI INTEGRARE LA BOLNAVII CU TRATAMENT ÎNDELUNGAT CU LITIU

Cs. E. Csiky, Klára Csiky, Erika Kiss

— Tg. Mureş

Experienţele noastre privind tratamentul cu sărurile de litiu au fost începute în anul 1972, astfel că observaţiile noastre legate de această metodă terapeutică se bazează pe urmărirea activă a unui număr de 55 de bolnavi, în decursul ultimilor 9 ani.

În lucrarea de faţă vom face o serie de referiri la articolul nostru apărut în revista Neurologie—Psihiatrie (nr. 3) din 1976, care poate fi considerat ca un studiu preliminar al acestei probleme. Cazuistica din 1976 a cuprins 25 de bolnavi cu variate afecţiuni psihotice, majoritatea cărora au fost urmăriţi în continuare (excepţia constituind 4 cazuri de schizofrenie, la care tratamentul fiind ineficace a fost abandonat !). La aceşti bolnavi s-au mai adăugat alte 30 de cazuri dintre care la 10 bolnavi am abandonat acest tratament după cîteva săptămîni. Astfel baza studiului nostru vor constitui cei 41 de bolnavi care au fost urmăriţi de noi ani de zile (minimum 1 an şi max. 4 ani), vîrsta pacienţilor a fost cuprinsă între 17 şi 62 ani. In ceea ce priveşte repartiţia lor pe sexe, 29 bolnavi au fost de sex masculin iar 12 de sex feminin. Privind repartiţia lor pe grupe nozologice am avut următoarea situaţie : 1. psihoze afective bipolare — 10 bolnavi ; 2. psihoze afective monopolare — 17 cazuri, dintre care manii periodice 12 cazuri şi depresii recurente — 5 cazuri ; 3. sindroame schizo-afective — 11 bolnavi, dintre care 8 cazuri de schizo-manie şi 3 cazuri schizo-depresive ; 4. catatonie periodică — 3 cazuri.

Supravegherea pacienţilor s-a efectuat prin examene clinice şi psihologice respectiv de laborator periodice insistîndu-se asupra controlului litemiei, care s-a făcut săptămînal în primele 3—4 săptămîni ale curei. În cursul tratamentelor ambulatorii de întreţinere am controlat lunar litemia doar în primul an, apoi bi respectiv trilunar. Majoritatea bolnavilor au primit comprimate de litium carbonicum à 250 mg, producţie Polfa (R. P. Polonă). Unui număr de 5 bolnavi s-au administrat preparate cu acţiune prelungită : Quilonorm retard (450 mg carbonat de Li) tabletă şi Hypnorex. Nu ne propunem să facem o trecere în revistă a tuturor schemelor de tratament încercate de noi (4). În principiu doze mari de litiu (maximum 1 500 mg !) am administrat numai bolnavilor spitalizaţi, timp de maximum 3 săptămîni. Sintem de acord cu o serie de autori (SCHOU, BAASTRUP) (8) după care această terapie îşi dovedeşte eficacitatea în decurs de 10—21 de zile. Dacă nu se obţine un răspuns terapeutic favorabil în acest interval de timp, nu este indicată continuarea terapiei. Tratamentul de susţinere — după părerea noastră necesită doze relativ mici variind între 500—750 mg de litiu, timp de minimum 2 ani de zile. Aplicînd această schemă terapeutică, litemia se va situa în medie între 0,8—1,2 mEq/l, această zonă o considerăm noi ideală din punct de vedere terapeutic. Medicamentul trebuie luat în 2—3 prize, la intervale egale, iar determinarea litemiei se va efectua la 3—4 ore după ultima doză administrată !

Rezultatele noastre la cei 41 de bolnavi amintiţi — care este totuşi o cazuistică selectivă — sînt extrem de bune. Urmărind bolnavii în mod dinamic ani de zile prin examinările clinice repetate şi examinări EEG cu ocazia controalelor periodice ale litemiei, putem afirma că peste 90% (90,24%, deci 37 bolnavi) a pacienţilor prezintă remisii clinice complete, dintre care 15 bolnavi (36,5%) pot fi consideraţi chiar vindecaţi. Din această ultimă grupă fac parte 6 bolnavi cu manie periodică, 2 bolnavi cu depresie recurentă, 5 bolnavi cu psihoză circulară bipolară şi 2 cazuri de catatonie periodică. Considerăm că sînt vindecaţi întrucît după un tratament susţinut cu litiu, durînd minimum 2 ani de zile, aceşti bolnavi de ani de zile (1—4 ani) sînt complet asimptomatici chiar şi fără nici un tratament ! Integrarea lor socio-profesională este perfectă, toţi sînt activi, — continuîndu-şi profesiunea lor anterioară îmbolnăvirii, avînd un randament bun la locul de muncă. Celălalt grup de 22 bolnavi prezintă nu numai o remisie clinică bună, dar și o recuperare a valențelor sociale, exceptînd un bolnav de 62 ani, toți fiind încadrați în muncă. În fine ultima grupă de 4 bolnavi, la care litiul a rămas ineficient, este constituită din 3 bolnavi cu sindroame schizo-afective și un caz de PMD. Această ultimă bolnavă de 55 ani s-a sinucis, ingerînd peste 50 de comprimate de litiu.

Din experiențele noastre se degajă o serie de concluzii pe care le vom recapitula în cele ce urmează:

1. Tratamentul cu sărurile de litiu este deosebit de eficace nu numai în psihozele afective, ci și într-o serie de afecțiuni neuro-psihice care pot fi caracterizate prin periodicitate și hiperexcitabilitate. Astfel poate fi folosit cu succes în psihozele cicloide (de ex. catatonii periodice), sindroame schizo-afective, chiar și în cazul unor atacuri periodice de paranoia (paranoia sau parafrenia afectivă a lui LEONHARD). Sînt rezultate încurajatoare și într-o serie de cazuri de migrenă, respectiv sindroame de tensiune premenstruală (constînd din senzație de tensiune psihică, astenie și labilitate emoțională).

2. Tratamentul nu necesită de obicei doze mai mari de 750—800 mg pe zi (în 3 prize egale), deși dozele de atac pot fi ridicate pînă la maximum 1 500 mg/zi. Valorile litemiei trebuie să oscileze între 0,8—1,2 mEq/l. Menționăm că nedepășind dozele amintite mai sus, fenomenele toxice sînt excepționale. Pentru prevenirea fenomenelor adverse este necesar însă un regim alimentar conținînd 1,5—3 g de clorură de Na zilnic.

O problemă controversată este apariția unor modificări EEG patologice în urma acestei terapii. În ultimii doi ani, la un număr de 21 de bolnavi, cu ocazia controlului periodic al litemiei am efectuat și înregistrări repetate de EEG (trasee spontane și după hiperpnee). Am constatat prezența constantă a unor modificări EEG în urma litiului. De regulă apare o încetinire difuză a frecvenței și creșterea amplitudinii, a traseelor de fond, dar se constată frecvent (aproximativ 30% a cazurilor) și apariția unor modificări paroxistice ca vîrfuri ascuțite, vîrfuri lente hipervoltate, complexe vîrf-undă și polivîrf-undă degradate ce apar de obicei sincron simetrice, dar cu precădere în derivațiile temporale. Subliniem de asemenea apariția unor asimetrii interemisferice în centrările temporale. Aceste anomalii EEG au apărut numai în urma litiului (traseele înainte de Li fiind normale) pe lîngă niște valori terapeutice ale litemiei (0,5—1,5 mEq/l) chiar la 7—14 zile după începerea terapiei. Putem afirma însă că nu există o concordanță univocă între modificările EEG, valorile litemiei respectiv durata administrării litiului. Aceste constatări nu sînt în consens cu cele afirmate de KANOWSKY și HELMCHEN (5) care au susținut că modificările EEG consecutive unor valori terapeutice“ ale litemiei nu pot fi niciodată patologice. Însemnătatea acestor modificări EEG este discutabilă. Nu avem cunoștință de manifestări comițiale la acești bolnavi în ciuda unor aspecte EEG net epileptice. Acestea sînt probabil manifestările unui prag convulsivant scăzut. Dar numai observațiile clinice ulterioare, durînd chiar 1—2 decenii la acești bolnavi, vor dovedi cu prisosință lipsa unor sechele de tip comițial. Pe baza a numai 3 observații nu ne permitem să afirmăm cu certitudine, dar aceste modificări EEG par a fi reversibile, dispărînd la cca. 6—12 luni după terminarea curei!

3. O problemă decisivă este în eficacitatea terapiei, continuitatea perfectă a administrării. Bolnavii euforici-exuberanți în fazele maniacale frecvent întrerup tratamentul. Dar și rarele faze depresive inhibate din cauza disperării și abuliei sînt perioade în care litiul va fi abandonat.

Un fapt care merită o atenție deosebită este că în urma litiului nu se observă decît arareori suprimarea imediată și completă a bolii, noi am constatat acest lucru numai la 2 bolnavi! În psihozele periodice, mai ales în cele hipertimice fazele de boală vor apare în primul an al tratamentului și pe lîngă niște doze suficiente de Li, dar frecvența, intensitatea și durata lor vor înregistra o diminuare progresivă pînă la abolirea completă. La peste 85% a pacienților noștri cu psihoze circulare am constatat 2—4 recăderi în primul an al tratamentului. Dar aceste perioade mai mult hipomaniacale sau subdepresive au cedat rapid în urma unor neuroleptice (haloperidol, imipramină, antideprin etc.) respectiv la psihoterapie. Considerăm că este bine din punct de vedere psihoterapeutic, dacă bolnavul este de la bun început avertizat și pregătit pentru aceste mici recăderi, uneori chiar subclinice!

4. Subliniem de asemenea importanța asocierii și a altor psihotrope litiului. Acest fapt se impune cu o deosebită acuitate nu numai în cazul recidivelor din psihozele circulare, dar uneori pe tot parcursul litiumterapiei, într-o serie de alte psihoze caracterizate prin periodicitate. Astfel într-un mănunchi de psihoze schizofrenice, unde se constată această ritmicitate în simptomatologie (sindroame schizo-afective) am utilizat cu succes pe lîngă Li, neuroleptice incisive de tip depot: fluspirilena, penfluridolul și eventual haloperidolul în formele cu simptomatologie maniaformă, — și flupentixolul (fluanxol) respectiv flufenazine în cazul unor simptome predominant depresive.

5. Evident că acest drog după cum am mai arătat în 1976, este ineficace ca tratament de atac al sindroamelor depresive. Avînd în vedere acțiunea ei „normotimizantă“ este deosebit de util în tratamentul profilactic al tuturor depresiilor endogene periodice, chiar și a celor intricate cu simptome discordante. Dozele de Li aplicate profilactic nu trebuie să depășească 750 mg/zi, cu controlul lunar sau bilunar al litemiei.

6. Din punctul de vedere al recuperării complete socio-profesionale se pune un accent deosebit pe acele ședințe psihoterapeutice care se vor face cu ocazia fiecărui control al litemiei și în cursul cărora se va insufla încredere bolnavului în tratament și în posibilitatea vindecării. Deși în cursul unor recidive, semnalate anterior, bolnavul va fi stînjenit în activitate, nu vom opta decît în cazurile extreme pentru acordarea unui concediu medical. Am reușit în multe cazuri să convingem colegii de muncă ai bolnavului, că în cursul

celor cîteva zile de recădere, acesta să fie scutit de responsabilitate, de eforturi fizice şi intelectuale. Acest fapt este important mai ales în unele faze depresive unde concediul medical întăreşte preocupările morbide, de multe ori hipocondriace ale bolnavilor.

In dorinţa de a desprinde unele concluzii definitorii pe marginea celor menţionate anterior, subliniem că fiind vorba de o cazuistică selecţionată ea nu acoperă în totalitate problema enunţată în titlul lucrării. Poate şi optimismul nostru exprimat prin cele 90% bolnavi remişi — parţial recuperaţi, — din care peste 36% vindecaţi şi total recuperaţi, — pare puţin exagerat, totuşi ne exprimăm speranţa că utilizarea corectă a acestei terapii duce la recuperarea integrală în peste 80% a bolnavilor suferinzi de psihoze periodice — indiferent de aspectul lor clinic.

In a study of 9 years effected on a number of 41 patients treated for a long period with lithium salts, the authors discuss the indications, the methods of administration and the results of this therapy. There is accentuated the usefulness of this drog in the treatment of some monopolar recurrent and bipolar cyclic psychoses but also of some cycloid or schizophrenic psychosis characterized by the periodicity and rithmicity of the symptomatology. There are discussed some special problems of the complete social and professional recovery of these patients. It is called attention upon the pathologic EEG — changes which occur following lithium therapy. Finalip the authors express their belief that this treatment strictly applied and correctly indicated leads to a integral recuperation in about 80% of patients suffering of periodic psychoses.

CONSIDERAŢII ASUPRA EXTERNĂRILOR PROVIZORII — CA MIJLOC DE RECUPERARE A BOLNAVILOR PSIHICI ÎNCADRAŢI ÎN ART. 114 COD PENAL

H. Ardelean, M. Tocuţiu, M. Schineanu,
— Dr. Petru Groza

In Spitalul de Psihiatrie oraş Dr. Petru Groza sînt internaţi şi bolnavi psihici încadraţi în art. 114 cod penal pentru comiterea unor fapte antisociale grave, unde beneficiază de întregul arsenal terapeutic specific.

Procedura încadrării în art. 114 cod penal şi ridicării acestei măsuri de siguranţă, este o procedură juridică în care expertiza psihiatrico-legală este hotărîtoare.

Pentru spitalizare, o parte dintre bolnavi se prezintă imediat după debut, o altă parte au un statut mai vechi de boală dar cu tablou psihopatologic „complet" în recăderi şi mai puţine sînt cazurile cu evoluţie de ani şi o simptomatologie sărăcăcioasă prin cronicizarea afecţiunii, internate la noi tot sub incidenţă art. 114 cod penal.

Se poate afirma însă că la internare, majoritatea bolnavilor nu sînt în puseu acut de boală — aceasta datorită timpului scurs de la comiterea faptei care motivează măsurile de siguranţă pînă la expertizarea psihiatrico-judiciară.

Astfel că, majoritatea bolnavilor, chiar de la internare pot fi orientaţi spre diferite preocupări lucrative (în cadrul ergoterapiei), cu rol de ordonare a comportamentului, de îmbunătăţire a toleranţei faţă de spitalizarea care mai devreme sau mai tîrziu este neplăcut resimţită de către pacient.

Cazurile internate acoperă întreaga patologie psihiatrică majoră, prognosticul clinic al bolii şi de recuperare a acestor deficienţi psihici putînd fi : 1. — deficienţă psihică permanentă şi gravă, ceea ce implică internarea definitivă ; 2. — deficienţă psihică medie sau uşoară cu posibilităţi de recuperare parţială ; 3. — restituţie funcţională completă, fără deficienţă cu recuperare integrală.

Trebuiesc punctate cîteva particularităţi specifice asistenţei acestor bolnavi :

A. — Spitalizarea de lungă durată facilitează hospitalismul (media de spitalizare 286 zile).

B. — Convieţuirea în microcosmosul social reprezentat de spital oferă un sistem de relaţii, de raporturi şi comunicări finit, după caz, ameninţat de anulare. Hospitalismul psihiatric este încă o problemă de actualitate, generat de condiţii obiective ca : stil arhitectonic (spitale vechi nefuncţionale), amplasare izolată, comunicaţii extraspitaliceşti în şi din afară reduse.

Spitalizarea prelungită poate determina prin ea însăşi dezvoltarea unui „model patologic" al interrelaţiilor bolnav—lume caracterizat prin incapacitatea de autoexprimare, sentiment de înstrăinare şi omogenizarea particularităţilor individuale.

Pentru bolnavul îndelung spitalizat, dependenţa faţă de mediul spitalicesc se accentuează pe parcursul internării, reintoarcerea în societate fiind tot mai dificilă în timp, în contrast cu ameliorarea simptomelor psihopatologice, iar recăderile urmate de remisiuni accentuează impasul.

Recuperarea presupune în principal corectarea deficitului individual şi apoi a celui social, în aşa fel încît să permită reintoarcerea bolnavului în mediul său iniţial socio-profesional şi familial.

Acest proces complex, cu desfăşurare dinamică se adresează psihiatrilor şi întregii societăţi interesată de sănătatea fizică şi psihică a membrilor săi.

Recuperarea reclamă în primul rînd condiţii subiective de spitalizare cît mai apropiate de mediul familial.

In cadrul procesului de recuperare a bolnavilor psihici internaţi în spitalul de psihiatrie oraş Dr. Petru Groza cu art. 114 cod penal, se practică externările provizorii (învoirile) ca element al acestui tratament complex. Sistemul este inițiat ca un experiment cu spirit de răspundere.

Dacă evoluția clinică a tabloului psihopatologic sub tratament este favorabilă, după o perioadă de timp se face o expertiză a deficienței psihice care vizează stabilirea stării de deteriorare psihică sau a capacităților psihice nealterate, a gradului de discernămînt, a stării emoțional-afective. În cazurile favorabile bolnavii sînt „învoiți" la domiciliu pe durată variabilă, cuprinsă între 1—30 zile.

Considerăm această conduită și ca un test pentru bolnav, cu suficiente garanții de a nu fi comise acte antisociale în acel timp, garanții date de:

— acordarea primei învoiri după aproximativ 4 luni de spitalizare;

— selecția bolnavilor învoiți pe baza unor evoluții clinice bune;

— însoțirea și supravegherea lor de către familie, care este atenționată asupra potențialului de periculozitate și a necesității continuării tratamentului în această perioadă;

— bolnavii sînt interesați ca perioada învoirii să fie un element pozitiv într-un viitor bilanț al stării lor de sănătate în vederea ridicării măsurilor de siguranță.

Prin învoirea bolnavului psihic, se acceptă din partea medicului un „joc deschis", cu probabilitatea, — unde media statistică nu este un criteriu suficient de asigurare împotriva extremelor statistice. Ori, există o „acoperire" a acceptării jocului, deoarece verifică eficacitatea mijloacelor terapeutice de care a beneficiat pacientul și disponibilitatea societății de a reprimi și reîncadra „foștii" bolnavi psihici.

Externarea definitivă a bolnavilor încadrați în art. 114 cod penal sub acoperirea unui act medico-legal, nu poate oferi o mai mare probabilitate de asigurare împotriva unor posibilități. În acest domeniu nu există certitudine, decît dată considerăm certitudinea că înseamnă, nu atît un răspuns la întrebări, cît mai degrabă o excludere a lor.

Învoirile implică un nou regim al compromisurilor reciproce între bolnav—familie—societate, al relațiilor de inducție reciprocă dintre bolnav și grupul concret de existență, ameliorînd eventualele tensiuni negative, realizînd astfel un echilibru optim de toleranță.

After a brief exposition of the particularities of the medical assistence of the mental patients judicially hospitalized for commiting serious anti-social deeds, we advance the idea of their temporary externation (leave) because we consider it useful as a mean of testing the efficiency of the socio-professional and domestic retrieval therapy. The selection of the patients is done according to medical criteria and it is not necessarily influenced by the seriousness of the guilt which determined the former security measures.

CONSIDERAȚII MEDICO-SOCIALE ASUPRA REINSERȚIEI PRODUCTIVE A BOLNAVILOR PSIHICI

G. Zichil, V. Chiriță, Gabriela Marinescu, I. Turcu
— *Bacău*

Recuperarea și reinserția bolnavilor psihici nu este numai o problemă de cercetare științifică ci și o formă de acțiune socială pentru protejarea, stimularea și promovarea stării de sănătate mintală. În zilele noastre, datorită progreselor terapeutice și a dezvoltării psihiatriei sociale, vechiul deziderat al omenirii de realizare a unei societăți sănătoase, se profilează tot mai mult ca o realitate.

Pentru realizarea acestui scop se impune unirea eforturilor în direcția progresului — condiție esențială a echilibrului social, a bunăstării individuale și a unei sănătăți optime pentru om.

Reușita recuperării medico-sociale a deficienților psihici presupune redobîndirea de către aceștia a unui rol și statut psiho-social corespunzător.

Desigur, în acest context ne interesează în mod necesar stabilirea discernămîntului asupra propriei persoane și a interrelațiilor sociale. Această determinare nu este totuși suficientă prin ea însăși dacă nu se raportează la motivațiile, trebuințele și tendințele pacientului în raport cu cele ale microgrupului familial și socio-profesional cît și la toleranța sau capacitatea de înțelegere a acestora față de bolnavul afectat mintal.

Punerea accentului pe reorganizarea și revalorificarea relațiilor interpersonale perturbate în procesul morbid nu înseamnă a subscrie unei tentative irealizabile, ci dimpotrivă a recunoaște virtuțiile inepuizabile ale mediului social în acțiunile de reumanizare a bolnavului psihic.

Atît timp cît recunoaștem în mod consecvent rolul modelator-formativ al mediului social asupra personalității umane, înseamnă că, în mod necesar trebuie să recunoaștem același rol și în cadrul proceselor de recuperare și modelare psihică.

Pentru acțiunile de recuperare și resocializare trebuie să ne fixăm ca obiectiv nu numai realizarea limitativă în perspectivă a unor obiective sau operațiuni ci dimpotrivă, trebuie căutate și modalitățile de exprimare a eului, a înțelegerii de către bolnav a sensului propriei sale demnități și utilități sociale pentru formarea unei autoconducții satisfăcătoare în ansamblul relațiilor cu mediul și nivelul la care este reflectat acest sistem în cursul activității.

Atît timp cît psihiatria nu-și va dovedi convingător virtuțiile sale terapeutice în planul socializării, realizarea corespunzătoare a statului bolnavului mintal și al eliberării de la nivelul axiologic al psihiatriei sociale în consensul său tridimensional contemporan, considerînd recuperarea ca un proces complex care se desfășoară selectiv, în funcție de valența deficienței psihice, am urmărit prin laboratorul de sănătate mintală Bacău și comisia de expertiză a capacității de muncă, bolnavii psihici din municipiul Bacău pensionați gradul III care sînt încadrați în producție.

Prin colectivul LSM s-au efectuat deplasări la locul de muncă și domiciliul fiecărui bolnav iar pe baza unor anchete socio-profesionale întocmite se concluzionează următoarele aspecte:

— au fost investigați un nr. de 21 subiecți din care pe sexe 12 femei și 9 bărbați. Pe grupe de vîrstă cca. 50% sînt peste 40 ani — deci cu vechime mai mare în cîmpul muncii. Cei 21 bolnavi studiați au fost pensionați pentru:

— nevroză 9; — comițialitate 3; — psihopați 2; — PDM 2; — etilism cronic 2; — sindrom discordant 1; — alte afecțiuni psihice 2.

Se observă că ponderea pensionarilor gr. III pentru afecțiuni psihice o dețin nevrozele cu diferitele lor forme.

Toți bolnavii sînt încadrați în program de 4 ore. Pe grupe de profesiuni, muncitorii calificați dețin procentul cel mai mare, urmați de muncitorii necalificați, personal TESA etc.

Cu privire la formele de activitate desfășurată, predomină activitatea fizică în 14 cazuri, mixtă 4 și activitate intelectuală 3.

În toate cazurile colectivele de muncă au acceptat acești bolnavi față de care au o atitudine de înțelegere și sprijin. Nu s-au înregistrat situații conflictuale provocate de bolnavi decît în două cazuri.

Menționăm că toți bolnavii sînt dispensarizați prin LSM, urmează tratament ambulator, în cazul decompensării sînt internați în spital, iar prin anchetele sociale efectuate de colectivul LSM sînt sprijiniți în soluționarea problemelor familiale, de muncă, juridice etc.

Concluziile sînt din cele mai optimiste, arătînd că bolnavii psihici care au pierdut o parte din capacitatea de muncă pot fi reinserați socio-profesional, menținînd legătura cu producția, continuînd sau prestînd o activitate pe măsura capacității lor restante, fiind utili societății, menținerea lor în activitate contribuind la ameliorarea stării psihice, redîndu-le sentimentul integrării sociale.

The problem to recuperate and to reinsert eficiently the mental ill persons is a form of social action with an aim to profect and to promote the state of mental health.

This action with a humanitariam character called the attention of the laboratory of mental health and of the examination board of the work power capacity inth Bacău district.

By getting to the work place and to the ill persons' place we had on view the modality by which the latter ones integrated themselves of workers, their actual psychic state and we reached the most optimistic conclusions among which the ghining of the utility felling and the social recuperation.

DATE PRIVIND RECUPERAREA ȘI READAPTAREA ÎN PROCESUL MUNCII A BOLNAVILOR PSIHICI PENSIONAȚI

T. Horopciuc, Rodica Grădinaru, Mona Popa, C. Postelnicu, M. Șelaru
— *Iași*

În condițiile județului și municipiului Iași activitatea de expertiză și recuperare a capacității de muncă își găsește o veritabilă stație pilot la Cabinetul de expertiză și recuperare a capacității de muncă Iași III care deservește cu precădere zona platformei industriale a municipiului Iași, adică o populație de aproximativ 80.000 oameni ai muncii din care circa 30.000 femei.

Datele prezentei comunicări se bazează pe elemente informative care reies din activitatea depusă în ultimii ani la nivelul Policlinicii industriale Iași — Cabinetul de expertiza și recuperare a capacității de muncă (CEMRCM Iași III), Cabinetul de psihiatrie, Cabinetul de medicină a muncii — cît și a Comisiei județene de expertiză și recuperare a capacității de muncă Iași.

Incepînd de la 1 ianuarie 1978 se poate vorbi despre introducerea în practică la toate nivelele activităților medicale și de asigurări sociale de stat și asistență socială a noii doctrine privind expertiza și recuperarea capacității de muncă. Conform acestei doctrine, dimensiunea recuperatorie a întregii activități medicale a devenit o coordonată axială a tuturor compartimentelor de activitate medicală și asigurări sociale, precum și a altor sectoare cu responsabilitate în domeniul forței de muncă.

Bolnavii psihici au ocupat și ocupă intr-o asemenea populație selecționată și cu un profil de activitate legat aproape în totalitate de muncă cu profil industrial o pondere evident semnificativă. În 1977 ei au reprezentat circa 22% din totalul cazurilor cu invalidități totale și parțiale aflate în evidența CEMRCM Iași III. Este demn de menționat că în acest an cazurile noi de invaliditate prin boli psihice au reprezentat circa 17% din totalul pensionărilor cazuri noi din evidența susnumitului cabinet.

În 1978, în pofida unei susținute activități recuperatorii materializată prin revizuiri la mai mult de jumătate din totalul invalizilor aflați în evidența respectivului cabinet, ponderea bolnavilor psihici a rămas totuși pe primul loc printre grupele de afecțiuni cu caracter invalidant, adică de 17,35%, urmată de afecţiunile aparatului cardio-vascular cu 14,55%, aparatului digestiv 7,91%, boli neurologice 7,38%, tuberculoză 7,6% etc. Avînd în vedere profilul activităţilor economic-productive de la nivelul platformei industriale Iaşi, am considerat că este necesar să diferenţiem cazurile de invaliditate după următoarele sectoare : industrie, construcţii, silvicultură-agricultură, transporturi, alte ramuri economice. Subliniem faptul că în sectorul industrial, de altfel delimitat condiţionat ca atare, invalizii psihici au reprezentat 20,20% din totalul afecţiunilor cu caracter invalidant, urmate de afecţiunile cardio-vasculare cu 12,48%, situîndu-se detaşat pe primul loc şi într-un procentaj evident ridicat faţă de situaţia existentă în celelalte sectoare.

Avînd în vedere experienţa activităţilor de recuperare din anii precedenţi, în 1979 s-a urmărit o atitudine mai diferenţiată faţă de fiecare caz de individualitate ca şi de profilul sectorului de activitate profesională din care a provenit acesta. Semnalăm în această perioadă dispariţia din punct de vedere practic printre pensionarii cu gradul II de invaliditate a cazurilor noi de bolnavi cu afecţiuni nevrotice. În pofida acestei situaţii bolnavii psihici continuă să prezinte proporţii de-a dreptul semnificative faţă de ansamblul morbidităţii cu caracter invalidant total. Invaliditatea prin boli psihice depăşeşte la bolnavii revizuibili 20%, iar la cei nerevizuibili se apropie de 18%. Ca şi în anii precedenţi sectorul cu cei mai mulţi bolnavi psihici rămîne cel denumit convenţional industrial.

În ansamblul morbidităţii prin boli psihice cu caracter invalidant total ponderea o ocupă în ordine următoarele grupe nosologice : schizofreniile, psihozele hipertimice, epilepsiile cu tulburări psihice, afecţiunile la limită (nevroze, psihopatii, dezvoltări patocaracterologice), etilismul etc. Semnalăm prevalenţa psihozelor discordante în sectoare industriale de înaltă tehnicitate precum industria electrotehnică şi chimică, iar a afecţiunilor nevrotice în industria uşoară cu precădere în industria textilă.

În prezent pensionarii gradul III de invaliditate prin afecţiuni psihice se întîlnesc cel mai frecvent printre femeile angajate în industria textilă. Numărul acestora este de 3 ori mai mare ca acel al bărbaţilor cu acelaşi grad de invaliditate. La acest grad de invaliditate ponderea în ordine descrescîndă a categoriilor nosografice este cea de nevroză şi tulburări nevrotiforme, epilepsii, schizofrenie, psihoze hipertimice, etilism. Din datele experienţei noastre privind activitatea de recuperare reies următoarele concluzii :

1. Acordarea gradului II de invaliditate în scop recuperator este indicată ca o tentativă la bolnavii psihotici, dar aproape totalmente contraindicată la bolnavii nevrotici. Pentru aceştia din urmă încadrarea în gradul II de invaliditate contribuie în fapt la fixaţia lor în demisie socială. La bolnavii trecuţi din gradul II în gradul III de invaliditate se constată în primele luni de reluare a activităţii profesionale de regulă la nevrotici o augmentare a numărului de prestaţii medicale în scopul de a obţine o documentaţie pentru presiuni în a obţine demisii sociale complete, dramatizarea situaţiilor medicale faţă de microgrupul de muncă şi organele de decizie din întreprinderi, organe superioare cu competenţe directe sau indirecte în aprecierea capacităţii de muncă. În atari cazuri, în general după 3—6 luni survine o adaptare faţă de noile condiţii de existenţă şi muncă.

2. În multe situaţii de invaliditate totală sau parţială nu se poate ignora existenţa manifestărilor de refugiu mai mult sau mai puţin conştiente în boală. Observaţiile noastre ne indică că este preferabilă rezolvarea acestora la nivelul întreprinderii prin folosirea cu precădere a serviciilor dispensarelor medicale de la locul de muncă, a microgrupului de muncă şi mai ales a comisiilor de pensii şi asigurări sociale din întreprinderi. În prezent apare tot mai necesară problema ridicării tehnicităţii acestora din urmă, orientarea lor spre o optică de activitate recuperatorie şi mai puţin samariteană. Pentru îmbunătăţirea activităţii acestor comisii considerăm că se impune editarea de materiale ajutătoare cu indicaţii atît de factură metodologică, cît şi pentru situaţii concrete faţă de diverse aspecte particulare de la nivelul locului de muncă.

3. O atenţie deosebită este necesar a fi acordată bolnavilor nevrotici şi măsurilor de recuperare a acestei importante categorii de subiecţi cu reale disponibilităţi de muncă. Socotim că este momentul să se treacă la măsuri multiple de responsabilitate a acestor persoane pentru angajarea lor plenară în muncă, descurajarea solicitărilor lor abuzive de prestaţii medicale ca şi de diferite servicii sociale, fără nici un scop venetic pentru procesul de recuperare (spitalizări fără justificare medicală, solicitări de activităţi cu program redus, solicitări de concedii medicale, scutiri de muncă de noapte, schimbări ale locului de muncă etc.). Subliniem faptul că asemenea subiecţi intră destul de frecvent în conflict cu microgrupul lor de muncă, cu organele de conducere din întrepnideri, tocmai datorită aspectelor mai sus menţionate de exonerare de la obligaţii sociale pentru care invederează reale disponibilităţi de angajare în muncă.

Observaţiile noastre par a fi din ce în ce mai concludente, în sensul că atelierele cu profil de muncă protejată în sectorul industrial sînt tot mai necesare, îndeosebi pentru foştii bolnavi psihotici. Pentru bolnavii nevrotici şi persoanele cu tendinţă la refugiu în boală adeseori ele capătă un aspect de măsură susceptibilă de a le favoriza dezanvantajarea faţă de obligaţiile care le revin în procesul de producţie. Se impune ca în prezent, dar mai ales în viitor să existe mai multe preocupări pentru responsabilizarea individului cît şi a factorilor extramedicali în vederea asigurării stării de sănătate a forţei de muncă. Considerăm că în această nouă problemă a medicinii contemporane şi mai ales a viitorului nu s-au făcut decît primii paşi şi că strategia de scenarii de acţiune este mult mai complexă decît la prima vedere. Dăm spre exemplu faptul că lipsa comunicării antecendentelor morbide la angajare se însoţeşte pe parcursul activităţii profesionale de implicaţii adeseori imposibil de rezolvat cu mijloace la îndemîna reţelei medicale.

O problemă care nu mai poate fi neglijată în prezent în practica recuperării capacităţii de muncă este cea a inadaptaţilor care îşi convertesc inadaptarea în solicitări şi prestaţii medicale cu scop aparent recuperator, dar fără o justificare medicală corespunzătoare. Este vorba de veritabili falși bolnavi psihici pentru care măsurile de recuperare aparțin factorilor extra-medicali — pedagogici, psihologici, administrativi etc. și în care prestațiile medicale pot căpăta uneori implicații de iatrogenizare. Din constatările noastre reiese în mod evident necesitatea ca examenul medical să fie complementat în tot mai multe profesiuni cu riguroase examene psihologice și psihosociologice. Astfel, în timp ce absolvenții școlii profesionale se adaptează de regulă fără dificultăți exigențelor procesului de producție, absolvenții liceelor industriale, îndeosebi progeniturile hiperprotejate ale unor familii prea grijulii crează destul de multe greutăți întreprinderilor unde sînt angajați, microgrupurilor de muncă, instituțiilor sanitare. S-au sesizat și situații de inadaptare la subiecți bine profesionalizați, înzestrați intelectual, dar lipsiți de motivație pentru munci simple, la care au găsit însă o bună adaptare persoane cu un nivel redus de aspirații.

Bună parte din procesele de recuperare și readaptare în procesul muncii la invalizii psihici pot fi soluționate prin preocupări de inginerie socio-profesională. Avînd în vedere perspectivele creșterii reale a numărului de handicapați psihici, preocupări științifice a psihiatriei în viitor în acest sens sînt mai mult decît bine venite. Socotim însă necesar ca ele să fie cuprinse în activități interdisciplinare cu antrenarea în acțiuni și decizii a diverși factori de influențare social-profesională la nivele cît mai variate de acțiune.

OBSERVAȚII CLINICO-STATISTICE ASUPRA MORBIDITĂȚII PSIHICE CU INTERNARE ÎN JUDEȚUL OLT PE ANUL 1979, ÎN VIRTUTEA EFORTURILOR PENTRU ADAPTARE, INTEGRARE ȘI RECUPERARE A BOLNAVULUI MINTAL

P. Bădoi
— *Slatina*

Scopul prezentei lucrări este întocmirea unui material ilustrativ pentru structura morbidității psihiatrice din județul Olt în anul 1979, material care ar putea fi folosit pentru comparație atît cu situația din alte județe, cît și cu cea din județul nostru după o perioadă de timp, urmînd să rezulte concluzii pentru o asistență de specialitate cît mai eficientă și mai economică. Prevalența unora dintre cadrele nosologice ar putea să ne indice și punctele vulnerabile ale ofensivei noastre sanogenetice în actuala viziune sistemică asupra stării de sănătate psihică spre care ne îndreptăm cu deosebire eforturile.

În anul 1979 nu s-a mai acordat concediu medical în ambulator: cazurile la care suferința psihică afecta capacitatea de muncă sau atingea un nivel semnificativ prin intensitate sau prin durată au primit internare. Pe acest motiv am acordat mai puțină importanță datelor oferite de ambulator și am considerat semnificativă prelucrarea numai a celor oferite de internările în spitalele de psihiatrie. Cu atît mai mult cu cît numărul consultațiilor de psihiatrie acordate în anul 1979 au scăzut sesizabil față de anul 1978.

La baza studiului nostru a stat deci totalul de 2 611 internări în spitalele de psihiatrie din județul Olt din anul 1979: Schitu—Greci (208 locuri — din care 60 afectate formei de cămin-spital — 655 internări), Deveselu (50 locuri — din care 25 cămin-spital — 301 internări), Sîmburești (40 locuri — 515 internări) și Slatina (47 locuri pentru adulți și 18 pentru neuropsihiatrie infantilă — 1 140 și respectiv, 324 copii și însoțitori; cazuistica de neuropsihiatrie infantilă nu intră în preocupările noastre, făcînd obiectul unei alte lucrări).

O primă observație este legată de tendința spre scădere a numărului de internări în ultimii ani, fapt sesizat de altfel și la alte spitale de psihiatrie din țară. Una dintre explicații ar putea fi eficacitatea formulei „LSM — dispensarizare — staționar de zi". Evitarea constrîngerii și a privării de libertate și desființarea măsurilor de izolare și pază a tuturor bolnavilor psihotici, cu urmărirea tratamentului lor în ambulatoriu este o idee ce pare a aduce un progres remarcabil în asistența psihiatrică. În privința nevroticilor, mergîndu-se pe concepția că după stingerea sau atenuarea stării de boală majoritatea dintre ei se complac în situația de bolnav din pricina avantajelor ce decurg consecutiv acestui statut (concediu medical prelungit, locuri de muncă mai ușoare etc.), diminuarea solicitudinii rețelei de psihiatrie a condus la scăderea cererilor de internare. Puși în fața limitării concediului medical la 45 de zile (măsură adoptată aproape în toată țara), nevroticii își mobilizează mai bine rezervele sanogenetice proprii în depășirea momentelor și episoadelor morbide. În fond, mai mult de jumătate din numărul internărilor în județul Olt în 1979 l-a constituit nevrozele și psihozele discordante (54,45%): găsindu-se formule terapeutice sau administrative adecvate în asistența de specialitate a acestora, găsim firesc ca numărul internărilor să tindă să scadă.

Prin repartizarea bolnavilor internați în două categorii: „în cîmpul muncii" și „în afara muncii" obținem cifrele și procentele din tabelul nr. 1. Remarcăm faptul că aproape un sfert din internări au fost acordate pensionarilor, în marea majoritate la cererea comisiilor de expertiză a capacității de muncă; considerăm că, deși s-au făcut progrese importante în supravegherea și tratamentul ambulator al bolnavilor dispensarizaţi în cadrul LSM — cei mai mulţi, pensionari — mai sînt rezerve şi posibilităţi în acest sens, spre a folosi locurile din spitale cu precădere pentru bolnavii aflaţi în cîmpul muncii ; poate că am putea vorbi astfel de o „eficacitate“ şi o „productivitate“ mai mari a utilizării paturilor din spital.

Tabel nr. 1

Spitalul	Număr internări	In cîmpul muncii	In afara muncii	Din care pensionari
Slatina	1 140	657 57,63%	483 42,37%	327 28,68%
Schitu—Greci	655	285 43,52%	370 56,48%	151 23,05%
Sîmbureşti	515	401 77,67%	114 22,33%	56 11,08%
Deveselu	301	137 45,34%	164 54,66%	91 30,33%
Total	2 611	1 480 57,06%	1 131 42,94%	625 23,93%

E adevărat că LSM n-a beneficiat de suficient credit din partea comisiilor de expertiză a capacităţii de muncă şi recuperare care au cerut la majoritatea pensionarilor, cu ocazia reviziilor periodice, internări pentru stabilirea diagnosticului şi a stadiului evolutiv al bolii ; acest lucru credem însă că se putea face şi prin LSM, unde sînt aceleaşi posibilităţi clinice şi psihologice de diagnostic, precum şi menţionarea evoluţiei clinice prin notarea în carnetele de dispensarizare a simptomelor la fiecare control periodic. Poate odată cu înfiinţarea staţionarului de zi, în care intenţionăm să internăm numai pensonari, siguranţa comisiilor de expertiză în posibilităţile noastre de diagnostic să crească şi astfel să fie degrevate şi să fie orientate mai eficient posibilităţile de spitalizare. Menţionăm că dintre pensionarii cu afecţiuni psihice un procent important este deţinut de schizofrenii, care reprezintă 16,35% din morbiditatea psihică.

Morbiditatea a fost studiată prin gruparea în opt sfere mari de afecţiuni : nevroză (înglobînd reacţiile — 23,61% din totalul afecţiunilor nevrotice, nevrozele — 70,05% şi nevrozele secundare — 6,33%), alcoolism, schizofrenie, psihopatii, psihoze afective, oligofrenii, deteriorări mintale (demenţe, ASC, posttraumatice, infecţioase — PGP — şi toxice etilice) şi epilepsie (în ordinea preponderenţei — conform figurii nr. 1 şi tabelului nr. 2).

FIGURA 1

3,06% Epilepsii
3,10% Deteriorări
3,37% Oligofrenii
4,83% Psihoze afective
8% Psihopatii
16,35% Schizofrenii
23,17% Etilism
38,10% Nevroze

Tabel nr. 2

Reacţii	Nevroze	Nevroze secundare	Etilism	Schizofrenie	Psihopatii	Psihoze afective	Oligofrenii	Deteriorări	Epilepsii	TOTAL
235	697	63								
23,61%	70,05%	6,33%	605	427	209	126	88	81	80	2 611
Afecţiuni nevrotice										
995 = 38,10%			23,17%	16,35%	8%	4,83%	3,37%	3,10%	3,06%	100%
9%	26,69%	2,41%								

Psihopatiile decompensează la modul „clasic“ — primăvara şi toamna — observîndu-se două „vîrfuri“ de creştere a numărului de cazuri care au necesitat internare : în februarie şi octombrie.

In privinţa nevrozelor, în afară de creşterea numărului de cazuri internate în lunile de primăvară şi toamnă, se remarcă efectivul mare al acestor bolnavi mai ales în lunile de vară. La fel ca şi bolnavii cu diagnosticele de schizofrenie şi psihoze afective, cele mai multe au fost spitalizate în luna iulie. Nevroza, schizofrenia şi psihozele depresive predominînd în numărul de internări (1 548 — 59,28%), influenţează vizibil curba distribuţiei lunare a morbidităţii psihiatrice totale, imprimîndu-i trei vîrfuri : în februarie, mai—iulie şi octombrie. Cel mai important fiind în lunile de vară, s-ar putea deduce că factorii climatologici ai verii din sudul ţării — căldura toridă şi seceta — joacă rol important în decompensarea suferinţelor psihice.

Luna	Reacții nevrot.	Nevroze	Nevroz. sec.	Etilism	Schizofrenie	Psihopatii	Psihoze afective	Oligofrenii	Deteriorări	Epilepsii	Luna
I	11	45	4	49	36	16	6	5	1	4	I
F	32	64	8	43	32	29	11	10	3	7	F
M	14	76	7	47	34	16	8	5	7	6	M
A	14	45	3	44	30	12	7	4	7	4	A
M	19	88	9	50	43	17	12	8	16	11	M
I	18	73	2	37	38	18	15	9	10	2	I
I	22	69	8	47	48	18	17	11	10	11	I
A	25	62	3	57	39	14	10	7	8	5	A
S	18	38	5	42	35	12	11	7	7	4	S
O	18	52	1	74	39	31	7	9	1	9	O
N	32	39	9	58	22	16	11	9	8	3	N
D	11	46	4	57	31	10	11	4	10	7	D

Cazurile cu toxicofilie etilică, sub toate formele sale clinice, ocupă un procent însemnat din totalul internărilor. Sînt destul de multe persoanele care s-au internat de două sau chiar de trei ori cu această afecțiune în decursul anului 1979. Cele mai multe internări au avut loc în luna octombrie, faptul fiind favorizat de apariția băuturilor din producție proprie (în special vinuri).

Proporția femei/bărbați a fost de 65/540 (cca. 1/9).

Propaganda antialcoolică și educația sanitară, deși efectuate susținut fie prin discuții individuale, fie în grupuri de bolnavi au dat rezultate slabe. Lipsa ocupațiilor atractive în timpul liber, veniturile materiale importante — în județ avem întreprinderi importante ale industriei grele și constructoare de mașini — și posibilitatea procurării băuturilor preparate ilicit, la un preț mai scăzut (țuică din zahăr, fabricată în mici alambicuri improvizate) considerăm că sînt factori care favorizează consumul abuziv de băuturi alcoolice.

Distribuind cazurile cu nevroză, psihopatii decompensate și alcoolism în funcție de statutul socio-profesional al pacienților internați, obținem datele din tabelul nr. 3. Repartiția tuturor pacienților aflați în cîmpul muncii apare în tabelul nr. 4. De fapt, aceste categorisiri corespund în mare cu cea socio-profesională a populației adulte — la 1 000 de locuitori, de exemplu.

Muncitor necalificat			Muncitor calificat			Funcționar; tehnician de birou			Tehnician maistru			Studii superioare subinginer			C.A.P.			Pensionar boală			Pensionar vîrstă			Casnică			Fără ocupație		
1. Alcoolism	2. Nevroze	3. Psihopatie	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
54	59	19	209	399	71	17	42	8	7	13	1	8	34	4	124	193	21	62	114	53	85	32	—	15	89	9	84	20	23

	Industria metalurgică	Industria constructoare de mașini	Industria ușoară	Alte industrii	Construcții	Transporturi	Comerț	Învățămînt Cultură Sport	Administrativ	Rețea medicală	P.T.T.R.	Agricultură
SL	43	62	67	24	51	34	37	21	45	20	8	245
SG	32	25	15	7	38	10	14	6	6	—	3	129
SB	41	61	74	2	41	26	17	11	18	3	1	106
D	—	13	22	2	6	6	7	2	2	2	—	75
TOTAL	116	161	178	35	136	76	75	40	71	25	12	555

CONCLUZII

1. În ultimii trei ani se observă tendinţa la scădere a numărului de internări în spitalele de psihiatrie din judeţul Olt. Faptul s-ar putea explica prin eficacitatea formulei „LSM — dispensarizare — staţionar de zi" în asistenţa de ambulator a bolnavilor psihici.

2. Aproape un sfert din numărul internărilor au fost acordate pensionarilor la cererea comisiilor de expertiză a capacităţii de muncă pentru precizarea stadiului evolutiv al bolii. Considerăm că LSM are aceleaşi posibilităţi de diagnostic ca şi spitalul de psihiatrie, mai ales odată cu înfiinţarea staţionarului de zi. S-ar obţine astfel degrevarea paturilor de spital cu avantajele curative şi economice consecutive.

3. Curba distribuţiei lunare a morbidităţii psihice prezintă ascensiunea cea mai importantă în lunile de vară. S-ar putea deduce că factorii meteorologici ai verii în sudul ţării — clima toridă şi secetoasă — joacă un rol important în decompensarea suferinţelor psihice.

4. Cazurile de alcoolism, sub toate formele sale clinice, ocupă un procent însemnat din totalul internărilor, în ciuda educaţiei sanitare şi a propagandei antialcoolice efectuate susţinut. Factorii negativi incriminaţi ar putea fi statutul socio-cultural scăzut, veniturile materiale importante şi procurarea cu uşurinţă a băuturilor preparate ilicit.

The authors have been investigating psychiatric morbidity with internment in the Hospitals of Psychiatry from Olt district, since 1979. There are under research the factors which might lead both to its qualitative diminution and growth. Thus we have come to certain conclusions.

In the last three years a diminution of the internments number has been observed. The fact might be explained by the effectiveness of the formula „MSL — dispensarisation — day stationary surgery" in ambulatory assistance of patients suffering from psychic diseas.

Almost fourth of the total number of internments have been afforted to retired people, at the request of the Examination Committees of the Ability to Work, so that the progressive stage of the disease be specified. We think that the MSL possibilities to diagnose are similar to those of the Hospital of Psychiatry, particularly since the day stationary surgery was founded. Thus, as a consequence we might relieve the hospital beds and obtain the respective surgery and economic advantages as well.

The monthly distribution curve of psychiatric morbidity presents the most important ascent during summer months. We might conclude that summer meteorological factors from the southern part of the country — the torrid and droughty climate — play a proeminent part in making the psychic suffering worse.

The cases of alcoholism, under all its clinical forms, represent a considerable percentage, as compared to the total number of internments, in spite of the anti-alcohol propaganda and medical education accomplished in discussions with the patients both individually and in groups. The factors to be charged might be the low socio-cultural status, the important incomes and the possibility to get easily drinks illicitly prepared.

PROBLEME ŞI ASPECTE ALE EXERCITĂRII PROFESIUNII DE PSIHIATRU DE CĂTRE MEDICII CU TULBURĂRI MINTALE

V. Hrimiuc, C. Postelnicu, C. Romanescu
— *Iaşi*

Dezvoltarea asistenţei medicale în ultimele decenii în ţara noastră a făcut ca numărul total de medici să se apropie de optimul permis de necesităţile generale ale societăţii. Situaţia actuală de un medic la mai puţin de 600 persoane nu îşi are însă un echivalent cantitativ corespunzător şi în ceea ce priveşte ponderea medicilor specialişti în psihiatrie. Aceştia au în prezent în cadrul corpului medical o pondere numerică care sugerează că în deceniile următoare problema numărului, calificării şi calităţii lor va deveni una din necesităţile obiective ale societăţii moderne din România. Este un fapt aproape peste tot admis şi înţeles că „şocul viitorului" îşi are printre alte aspecte şi o creştere de-a dreptul surprinzătoare a numărului de psihiatri.

Asistenţa psihiatrică a populaţiei în societarea modernă nu mai poate fi concepută fără un număr adecvat de psihiatri cu un nivel de calificare corespunzător unei etape în care această categorie profesională este solicitată la nivel de mass-media de multe ori dincolo de propriile sale posibilităţi de acţiune profesională.

Creşterea în perspectivă a numărului de psihiatri, necesitatea obiectivă a societăţii româneşti contemporane, ridică însă numeroase probleme asupra psihiatrului însuşi, ca o categorie profesională capabilă de a rezolva problemele care i se pun de societate. Viitorul psihiatriei şi al asistenţei psihiatrice depind în bună măsură de psihiatrii înşişi, de disponibilităţile şi capacităţile lor profesionale, de calitatea muncii lor, de modul cum ei înşişi sînt percepuţi de societate.

În actualul sistem de recrutare a psihiatrilor existent în ţara noastră, există realmente posibilitatea ca profesiunea de psihiatru să fie exercitată de persoane cu tulburări mintale, situaţie de natură a genera multe „zgomote interne" atît în corpul specialiştilor psihiatri cît şi al opiniei publice.

În prezenta expunere autorii au în vedere situaţiile cunoscute personal în ţară, dar mai ales în judeţele Moldovei, de medici cu tulburări mintale care şi-au desfăşurat activitatea profesională în ultimele două decenii în medii psihiatrice, oficializîndu-şi sau nu statutul profesional prin dobîndirea calităţii de medic de specialitate. La asemenea persoane anturajul, oficialităţile şi mult mai puţin bolnavii înşişi au pus în discuţie prezenţa unor tulburări mintale de natură a impieta asupra calităţii actului medical, ca şi a bunei funcţionalităţi a instituţiei în care erau angajaţi ca medici.

Actualul sistem de recrutare al psihiatrilor se bazează exclusiv pe criterii academice şi acte normative administrative. In cadrul acestui sistem nu se face nici o distincţie la recrutare între psihiatri şi medici de alte specialităţi. Candidaţii la statutul de medic de specialitate au în fapt totală libertate administrativ-juridică de a-şi alege specialitatea pe care o consideră ca fiind cea mai avantajoasă pentru împlinirea aspiraţiilor personale. Fără a pune în discuţie legitimitatea ca şi avantajele acestui sistem, socotim totuşi că viitorul candidat pentru o specialitate medicală cum este psihiatria trebuie supus totuşi unui prealabil examen medico-psihiatric şi unei validări aptitudinale. Lipsa acestora, caracterul aleator, conjunctural, fortuit al acceptării psihiatriei ca specialitate, reţinerea care mai există printre mulţi absolvenţi ai facultăţii de medicină faţă de profesiunea de psihiatru datorită dificultăţilor şi servituţilor acesteia, propensiunea pentru inedit, insolit a persoanelor cu distorsiuni ale eului, lipsa unor reglementări oficiale, fac ca în mediile psihiatrice să apară uneori, este drept destul de rar, veritabili „medici problemă“. La nivelul judeţului Iaşi, în ultimele două decenii au existat trei asemenea medici care au primit etichetă psihiatrică de tulburare mintală majoră, obiectivată prin spitalizări în clinică şi examinări la nivele de specialitate dintre cele mai competente. Semnalăm ca un element socio-cultural deloc neglijabil faptul că în diverse medii, chiar şi în unele cercuri medicale, se socoate că persoanele cu tulburări mintale îşi au loc predilect de inserţie socio-profesională în unităţi de psihiatrie. Această situaţie face ca unii „medici problemă“ să fie orientaţi sau rejetaţi din alte domenii de activitate către reţeaua de psihiatrie de o manieră în care situaţia de fapt împlinit îşi spune din plin cuvîntul pentru atitudini ulterioare.

În vederea reducerii la minimum a acestor situaţii socotim că în actuala etapă de recrutare a medicilor pentru specializare în psihiatrie se impune un sever triaj medical şi psihiatric a celor înscrişi la concursul de secundariat. O condiţie sine qua non o socotim a fi examinarea acestora în centre medicale universitare sau cu o înzestrare similară în cadre şi mijloace de exploatare de către comisii de specialitate formate din 3—5 psihiatri. Apreciem că examenul clinic, medico-psihiatric este necesar să fie precedat şi complementat de o amănunţită caracterizare de serviciu din partea organelor teritoriale judeţene (similare) şi eventual şi de o amănunţită notă de relaţii din partea psihiatrului coordonator de problemă din judeţul (direcţia medicală departamentală) în care candidatul şi-a depus pînă atunci activitatea, caracterizare orientată predictiv asupra disponibilităţilor obiective de încadrare în exigenţele profesiunii de psihiatru.

O bună parte din actualii psihiatri ai ţării noastre au efectuat înaintea titularizării în specialitate în cadrul obligaţiilor de stagiu după terminarea facultăţii o fructuoasă perioadă de verificare şi familiarizare cu exigenţele psihiatriei, de regulă în unităţi pentru asistenţa bolnavilor psihici cu evoluţie îndelungată. Ca urmare a prevederilor actelor normative în vigoare o asemenea selecţie „spontană“ care s-a dovedit atît de benefică şi eficientă nu mai poate fi pusă nici măcar în discuţie. Viitorii psihiatri vor putea fi recrutaţi în curînd numai din medicii care au efectuat stagiile obligatorii cu o durată de 3 ani prevăzute de programele în vigoare şi care nu conţin în prezent elemente de a favoriza o pregătire similară cu aceea a specialităţilor de bază. O asemenea situaţie este puţin probabil să creeze o creştere a motivaţiilor de realizare profesională în domeniul psihiatriei a beneficiarilor acestui nou sistem de pregătire a medicilor din ţara noastră.

Observaţiile noastre ne îndreptăţesc a susţine că medicii cu tulburări mintale sînt contraindicaţi de plano pentru specializare în psihiatrie şi că trebuie orientaţi încă de la început pentru activităţi în afara psihiatriei. Actul medical psihiatric impune decizii şi responsabilităţi care şi le pot asuma numai persoanele indemne de tulburări mintale. Fără a susţine caracterul elitar social al psihiatrilor nu putem însă să nu accentuăm asupra faptului că ei trebuie să fie în realitate ca şi în opinia publică un model de comportament normal. Opiniem ca persoanele cu tulburări mintale actuale sau antecedente psihiatrice de psihoze endogene, epilepsie, toxicomanii, alcoolism, să fie socotite ca prezentînd incompatibilitate formală pentru înscrierea la concursurile de specializare în psihiatrie. O opinie similară avansăm şi pentru personalităţile patologice. In cadrul nevrozelor nucleare socotim că se impun aprobări după individualizări foarte riguroase de la caz la caz avînd în vedere faptul că psihiatria nu este un domeniu de compensare pentru persoanele cu un eu cu o distorsiune egofobă permanentă.

Pentru realizarea dezideratului de mai sus socotim că este necesar ca prin Comisia de Psihiatrie a Ministerului Sănătăţii să fie sensibilizate forurile de decizie în drept pentru elaborarea de acte normative în consecinţă. Comunicarea noastră o considerăm numai ca un semnal în acest sens, precum şi o dorinţă din partea tuturor psihiatrilor de ridicare a nivelului condiţiei lor profesionale.

În cazul medicilor deja încadraţi în reţeaua de psihiatrie şi care sînt prezumaţi sau confirmaţi ca prezentînd tulburări mintale, problema comportă în prezent îndeosebi dificultăţi de ordin administrativ-juridic. Actele normative în vigoare nu conţin prevederi exprese ca oamenii muncii în general, fie ei chiar medici, să fie supuşi pe calea administrativă la examene psihiatrice în afara unor solicitări personale explicit exprimate de cei în cauză. Conducerile administrative ale întreprinderilor şi instituţiilor întîmpină dificultăţi uneori de-a dreptul insurmontabile pentru a rezolva adecvat situaţia în cîmpul muncii şi în profesiune a persoanelor care îşi deneagă boli psihice şi implicit nu acceptă un statut de bolnav. De cele mai multe ori asemenea persoane rămîn în fapt în activitate cu toate implicaţiile care survin ca urmare a acestui fapt. În atari situații numai proceduri extra-administrative pot rezolva prin acțiuni laborioase și cu antrenarea în acțiune a numeroși factori dezideratul conducerii unităților care au încadrate în organica lor asemenea persoane problemă. Observațiile noastre indică că nu se pot oferi în atari situații rețete universal valabile nici în ceea ce privește procedura și nici atitudinea de principiu asupra menținerii în cîmpul muncii a persoanelor cu tulburări mintale și mai ales a medicilor cu tulburări mintale.

În observațiile noastre se găsesc situații de medici schizofreni care în condiții de înțelegere corespunzătoare din partea microgrupului de muncă au putut prezenta perioade îndelungate de timp inserții întrutotul satisfăcătoare în activități profesionale de rutină. Regula de aur care socotim că trebuie să fie aplicată la toate nivelele și în toate situațiile este ca medicii psihiatri cu tulburări mintale să fie admiși și acceptați să lucreze în specialitate numai în mari unități de psihiatrie sub un riguros și permanent control din partea celorlalți colegi cît și a factorilor de răspundere. Ca și în situațiile discutate anterior privind condițiile pentru înscrierea la concursurile de admitere în specialitatea de psihiatrie considerăm că în cazul medicilor deja atestați s-ar impune existența unor reglementări de principiu ca și de procedură în cadrul sistemului normativ în vigoare, astfel încît să poată fi rezolvate adecvat situații care în ansamblul realităților corpului medical par a îmbrăca mai degrabă un aspect de excepție.

STUDIUL DINAMIC COMPARATIV AL INCIDENȚEI PSIHOSIDROAMELOR NEVROTICE ȘI VISCERO-UMORALE ÎN SECTORUL TEXTIL DIN MUNICIPIUL IAȘI

Th. Horopciuc, M. Șelaru, Lidia Antoniuc, Olga Horopciuc,
Rodica Grădinaru, Georgeta Chiriac
— *Iași*

Transformările social-economice, cultural-educative și politico-ideologice din țara noastră au constituit baza materială și spirituală a transformării rolului și statului femeii în viața socială, în crearea de valori materiale și spirituale. Revoluția științifică și tehnică a permis cuprinderea femeilor în circuitul activităților de creație materială și spirituală din cele mai diferite domenii ale existenței sociale.

Modernizarea industriei și a agriculturii a determinat că numărul femeilor angajate în activitatea productivă să crească an de an iar în unele ramuri, ca de exemplu industria textilă din municipiul Iași ponderea femeilor depășește 73% din totalul angajaților.

Integrarea socio-profesională a femeii este un proces complex cu multe variabile ce țin de rolul și statutul special al femeii sub raportul multiplelor interrelații particulare biologice, psihologice și sociale cu manifestarea lor concretă în activitatea familială, profesională, și în contextul unei vaste dinamici de valori psihosociale la care femeia nu numai că trebuie să se adapteze dar în același timp trebuie să le creeze, impunînd noi criterii de apreciere valorică atît în activitatea profesională ca și în cea extraprofesională (familială, social-obștească etc.) în raport cu normele superioare a interrelațiilor umane promovate de societatea socialistă.

Realizarea procesului de integrare în activitatea socio-profesională nu este lipsită însă de dificultăți dacă avem în vedere că fiecare membru al societății trebuie să-și elaboreze structuri ideo-afective dinamice de asimilare și acodomare adaptativă în raport cu condițiile noi și în neîncetată schimbare ale existenței sociale însăși.

Toate acestea presupun nu numai modificări sub raportul pregătirii profesionale dar implicit reclamă restructurări în însăși modalitățile psihice adaptative.

În anul 1980 ponderea cadrelor medii feminine va fi de 50,7% atestînd capacitatea creatoare feminină. Ca proces dialectic contradictoriu integrarea înseamnă solicitare, efort și uneori suprasolicitare și stress cu atît mai mult dacă se are în vedere că cea mai veche relație socială-umană, relația dintre bărbat și femeie, mai este încă grevată de numeroase aspecte negative, consecință firească a unor secole de inechitate social-economică, juridică etc. Pe de altă parte particularitățile individuale de reacție ideo-afectivă și neurofiziologică în sensul triplei funcții de reglare neuroendocrino-umorală condiționează calitatea adaptării și integrării socio-profesionale în relația cu factorii specifici de organizare socio-profesională și desigur cu cei calitativi ai interrelațiilor de microgrup familial și productiv. În contextul celor de mai sus amintim de asemenea precocitatea asimilării unui model socio-cultural ca factor determinant nu numai de modelare a personalității, dar și de realizare calitativ diferențiată de integrare socio-profesională prin intermediul unei conștiințe de sine superior elaborată și în consens cu motivațiile avansate ale conștiinței sociale.

Subliniind doar unele aspecte ale procesului multidimensional al integrării socio-profesionale a femeii în studiul prezent ne vom referi la dinamica psihosindroamelor nevrotice pe o perioadă de 15 ani (1965—1979) în corelație cu suferințele viscero-umorale referitoare la sectorul textil din municipiul Iași.

În studiul nostru am urmărit dinamic vîrfurile de morbiditate prin incapacitate temporară de muncă.

In cadrul tulburărilor psihice am cuprins psihosindroamele (cod 214.0) alte tulburări mintale (cod 210—213) și bolile sistemului nervos (cod 220—229), raportate la ginecopatii (cod 370—379) și la bolile viscero-umorale așa cum sînt ele codificate de clasificarea internațională OMS. Acest demers a fost determinat de faptul că boala psihică indiferent de forma sa, nu poate fi expresia solitară, izolată a unei cauze doar subiective, ci reprezintă expresia unui grup de factori sumativi și interdependenți biologici, psihologici, și sociali din sectorul unui cîmp ecologo-epidemiologic determinant.

Primul loc în morbiditatea prin zile de incapacitate temporară de muncă îl ocupă ginecopatiile cu o rată medie de 27% din ansamblul morbidității prin ITM și cu valori care au oscilat de la 28,3% în 1967 la 30,5% în 1973 și 1976. Frecvența cea mai crescută a ginecopatiilor este de 19,20% la Întreprinderea „Țesătura" în 1973, de 12,51%, la Întreprinderea de Confecții.

Cele mai mici valori s-au înregistrat la Fabrica de Tricotaje, Mătase cu indicatori ce se mențin aproape constant pe ultimul loc și a căror valoare a oscilat de la 2,42% în 1974 (Textila), 5,89%, în 1975 (Mătase) și 6,80% în 1977 la Întreprinderea de Tricotaje. În cursul anului 1975 aceste afecțiuni scad ca pondere în ce privește incapacitatea temporară de muncă la Fabrica de Confecții Textila și de asemenea la Întreprinderea Țesătura înregistrînd o creștere discretă la Tricotaje și Întreprinderea Victoria.

În ce privește incapacitatea temporară de muncă prin suferințele altor aparate și sisteme se constată că media pe 15 ani este de 104,43% zile ITM din care pentru bolile aparatului respirator 141,05%, digestiv 116,86%, cardio-vascular 56,07%, alte tulburări mintale și boli ale sistemului nervos 27,22% pe ultimul loc de morbiditate situîndu-se bolile endocrine, de metabolism și imunitare cu o valoare de 21,01% zile ITM.

Raportîndu-ne la unele afecțiuni specifice organelor și sistemelor studiate constatăm că pe primul loc ca morbiditate se află ginecopatiile urmate de bolile căilor respiratorii superioare cu o medie de 66,81% zile ITM, boala ulceroasă cu 27,80%, boala hipertonică cu o medie de 21,43% iar alte tulburări mintale și boli ale sistemului nervos cu 27,22%.

În ce privește tulburările nevrotice pe primii opt ani (1965—1972) dețin o medie de 0,6—0,7 pe salariat ca în ultimii șapte ani (1973—1979) acest indicator nu scade sub 100 zile atingînd valori maxime în 1976 (183,30% zile ITM) sau (1,83 zile pe salariat) după care se constată o scădere progresivă la 0,5 zile pe salariat în 1967 urcînd din nou la 1,25 zile pe salariat în 1979.

Vîrfurile maxime de morbiditate cu ITM prin nevroze au fost atinse în 1976 la IIS Țesătura cu 18,92%, Tricotaje — 15,04%, Confecții — 13,45% și Mătase — 10,64%, cu un minimum de 5,46‰ la Textila.

Morbiditatea cea mai crescută s-a înregistrat la Țesătura între anii 1971—1976 perioadă în care a crescut de la 7,65% în 1971 la 18,92% în 1976 după care scade pînă la 14,32% în 1979.

Pentru aceeași perioadă la Întreprinderea de Tricotaje indicele crește de la 6,95 în 1971 la 15,6 în 1976. La Fabrica de Confecții vîrfurile de morbiditate se realizează în 1974 (13,86%) și 1976 (13,45%) pentru ca în 1977 să scadă la 7,8%.

Valorile minime de morbiditate se înregistrează variabil de la o întreprindere la alta ca de exemplu 2,55% în 1971 la Mătase și în același an 7,65% la întreprinderea Țesătura.

Demne de semnlat sînt oscilațiile aproape paralele de morbidități generale realizate prin ginecopatii și alte afecțiuni viscero-umorale cu valorile înregistrate pentru psiho-sindroamele nevrotice ceea ce confirmă cercetările efectuate de P. Brânzei, M. Șelaru și colaboratorii privind prezența în proporție de peste 75% a suferințelor viscero-umorale în cazul psihosindroamelor la interferență cu normalitatea (sindroamele nevrotiforme).

Aceste particularități de morbiditate atrag atenția asupra necesității instituirii măsurilor de promovare și apărare a sănătății mintale prin cointeresarea unei echipe complexe interdisciplinare dublată de un larg activ obștesc.

STRUCTURA STRATEGIEI TERAPEUTICE ÎN REINTEGRAREA TINERILOR CU TULBURĂRI DE COMPORTAMENT (TERAPIE MEDICAMENTOASĂ, CONSILIERE, ÎNDRUMARE)

V. Angheluță, A. Elias, A. Sen
— *București*

În ansamblul cazuisticii vîrstei tinere o pondere semnificativă o reprezintă cazurile în care simptomatologia majoră o constituie dificultatea de integrare în grupul familial, școlar și profesional.

Multitudinea aspectelor implicate în condiționarea și manifestarea acestui tip de deficit influențează în mod necesar și metodologia diagnostică și terapeutică.

În accepția noastră, totalitatea procedeelor diagnostice și terapeutice se articulează în contextul unei strategii ce se desfășoară în conformitate cu o logică riguroasă.

„În accepția științei moderne, orice regulă care prescrie anumite acțiuni în fiecare situație a procesului de adoptare a deciziilor se numește strategie. Mai formal, strategia este o funcție de informație existentă la un moment dat, funcție care are valori pe mulțimea de alternative accesibile în momentul respectiv. O asemenea regulă trebuie să cuprindă întregul proces de adoptare a deciziilor şi toate cazurile posibile întîlnite cu această ocazie".

Cu alte cuvinte, toate evenimentele care apar în relaţia dintre medic şi echipa terapeutică pe de o parte şi pacient pe de altă parte, din primul moment al acestei „întîlniri" şi pînă la externare, reprezintă în fapt o serie de decizii motivate, interdependente, care progresează în mod necesar către realizarea actului restitutiv: reintegrarea în ambianţă.

Aplicarea unei strategii unitare presupune în mod obligatoriu respectarea principiului conducerii de către medicul psihiatru a întregului proces, aceasta deoarece o strategie nu reprezintă o procedură imuabilă, ci trebuie în permanenţă adaptată la diversele evenimente care survin în desfăşurarea acţiunii.

În lucrarea de faţă avem în vedere tineri prezentînd o simptomatologie psihiatrică marginală, de intensitate moderată şi la care solicitarea asistenţei psihiatrice este determinată în primul rînd de dificultăţile pe care ei le întîmpină în adaptarea la exigenţele şcolii, profesiei sau relaţiilor de familie. Nu ne referim la structurile dizarmonice şi la dezvoltările dizarmonice, diagnosticate ca atare.

În abordarea acestor cazuri strategia presupune în principiu următoarele etape: contactul iniţial, care constă din anamneză, examenul clinic (somatic şi psihic), interviul clinic cu familia; investigarea complexă a pacientului, diferită de la caz la caz, dar presupunînd întotdeauna, în toate cazurile, investigarea principalelor funcţii somatice, examenul psihologic de laborator, examenul EEG şi investigaţia socială (relatarea scrisă a părinţilor privind dezvoltarea psihică şi fizică a pacientului, caracterizarea şcolară sau profesională, ancheta în grupul social).

Investigaţia complexă a pacientului este deosebit de importantă pentru elaborarea unei decizii terapeutice nuanţate. De pildă, evidenţierea unor carenţe în sfera dezvoltării somatice poate explica pe de o parte semnificaţia „compensatorie" a manifestărilor de „refuz" pe care subiectul le opune ambianţei, iar pe de altă parte poate orienta terapia în direcţia corijării deficitului. Tot astfel, evidenţierea prin intermediul examenului psihologic a unor distorsiuni în formarea personalităţii subiectului sau a unor dificultăţi de tip cognitiv, ar putea deplasa accentul demersului terapeutic pe psihoterapie, consiliere şi îndrumare. În acelaşi context, evidenţierea existenţei unui mediu „patologic" din punct de vedere social, va conferi psihoterapiei aspectul unei socioterapii al cărei obiect să fie grupul social etc.; decizia terapeutică se prezintă astfel ca o integrare la nivel operaţional a tuturor categoriilor de informaţii care armonizează într-o viziune sintetică exigenţele principiilor generale cu specificitatea subiectului.

În accepţia noastră, strategia terapeutică se constituie ca o articulare intimă a procedeelor medicamentoase cu metodologia psihoterapeutică, atît sub aspect individual, cît şi social, de grup. Cu alte cuvinte, momentele şi etapele procesului decurg unele din altele, se condiţionează reciproc.

Ulterior, în aplicarea strategiei, situaţia şi timpul orientează în continuare decizia terapeutului.

Demersul terapeutic ar putea deci presupune următoarele momente:

Terapia medicamentoasă primară avînd ca obiectiv scăderea intensităţii simptomelor primare care exprimă dificultatea de integrare (anxietate, depresie, insomnie, agresivitate, refuz de comunicare, idei de inutilitate şi subapreciere, astenie, etc.). Tot în acest moment se acţionează medicamentos asupra cauzelor somatice (discrinii, anemii etc.).

Obiectivul urmărit sub aspect psihic este pregătirea pacientului pentru reinserţia în dialog, acceptarea comunicării cu terapeutul, ceea ce înseamnă în fapt începutul acceptării comunicării cu ambianţa.

Psihoterapia primară (de contact) care preia beneficiile obţinute în etapa anterioară sub aspectul restructurării comportamentului şi controlului emoţional facilitînd subiectului înţelegerea motivaţiilor dificultăţilor sale de integrare, ca un prim pas spre elaborarea unei atitudini constructive.

Terapia medicamentoasă secundară care prin reducerea treptată a medicaţiei urmăreşte consolidarea şi întreţinerea rezultatelor obţinute şi creează condiţiile propice trecerii la psihoterapia secundară.

Psihoterapia secundară care pe baza rezultatelor obţinute prin terapia medicamentoană amplifică aria de contact a terapeutului cu pacientul şi permite o acţiune de restructurare globală a raporturilor subiectului cu ambianţa şi cu sine însuşi.

Ne referim la spihoterapia raţională, psihoterapia de grup, consiliere şi îndrumare.

În această etapă, în scopul revalorificării raporturilor subiectului cu ambianţa, demersul psihoterapeutic se diversifică acţionînd concomitent şi asupra grupului familial şi profesional. Se urmăreşte transformarea acestora în parteneri comprehensivi ai medicului în atingerea obiectivelor terapeutice propuse.

Succesiunea în care am prezentat etapele de mai sus nu este absolută, ci orientativă, modalităţile interacţiunii între ele fiind determinate de particularităţile cazului respectiv.

Pentru ilustrarea celor de mai sus, prezentăm cîteva date asupra unuia dintre cazurile tratate.

Este vorba de o studentă de 19 ani, care se prezintă la medic cu starea depresivă, idei de inutilitate, deficit prosexic, tentativă de suicid demonstrativă. Pacienta se află la prima internare, iar episodul pentru care se internează a fost declanşat reactiv după decesul mamei. „Criza" a fost condiţionată de dezorganizarea familiei cînd bolnava avea 5 ani şi cu toate că relaţiile cu tatăl au rămas bune, climatul afectiv nu a corespuns trebuinţelor pacientei, aceasta avea rezultate şcolare mediocre, bune numai la materiile preferate. Prezenta frecvente tendinţe protestatoare proiectate într-o atitudine „originală".

Examenul psihologic evidenţiază o eficienţă intelectuală integral adecvată vîrstei şi pregătirii şcolare, dar disritmia semnificativ crescută a performanţelor defineа un stil intelectual deficitar: tendinţa de a refuza efortul, condiţionarea activităţii de plăcere, lipsa perseverenţei. Se constată o personalitate accentuat introvertită aflată permanent în condiţii nefavorabile de dezvoltare afectivă, fapt care face ca impactul cu o situaţie intens traumatizantă să o găsească nepregătită şi să ducă la un răspuns prin atitudine globală de protest, refuz şi apărare. Bolnava avea sentimente intense de frustrare, (singurătate, dezorientare, conştiinţa neputinţei de a-şi rezolva problemele) fapt care antrenează trebuinţa intensă de a le compensa prin înţelegere şi afecţiune.

În prima etapă s-a intervenit cu tranchilizante şi neuroleptice, antidepresive, de tipul plegomazin, diazepam, antideprin, haloperidol, neuleptil etc.

În a doua etapă pacienta devenind mai liniştită, cu intensitatea protestului şi refuzului mult diminuate, acceptă discuţia. Încercăm să definim dificultăţile pe care le întîmpină şi constatăm împreună că pacienta are o imagine difuză asupra lor, ajungem la concluzia că sentimentul neputinţei de a-şi rezolva problemele nu este motivat de realitate şi amînăm dezvoltarea acestor concluzii pentru o altă etapă.

În etapa a treia începem diminuarea dozelor medicamentoase şi generalizarea medicaţiei per os, tatonînd stabilirea unor doze de întreţinere corespunzătoare etapei date.

În etapa a patra se utilizează interesul manifestat de pacientă pentru performanţele obţinute la examenul psihologic de laborator, metodă utilizată curent în spitalul nostru (metoda autocunoaşterii dirijate). Se comentează performanţele pozitive obţinute, dar se insistă asupra noţiunii de stil intelectual arătîndu-se, de acord cu pacienta, că inegalităţile constatate în modul de a lucra sporesc artificial dificultăţile. Se dezvoltă ideea din etapa anterioară, discutîndu-se modalităţile concrete de rezolvare a fiecărei dificultăţi în parte, prin solicitarea grupului familial (tatăl s-a recăsătorit) care este doritor să o ajute. Pacienta primeşte sugestii în legătură cu restructurarea modului său de a lucra, îndeosebi se insistă asupra unor aspiraţii bine definite şi a unei strategii corespunzătoare notîndu-se beneficiul afectiv pe care coerenţa planului de viaţă îl aduce celui care îl posedă. Se oferă pacientei continuarea asistenţei psihice şi după externare. După informaţiile primite din partea familiei rezultatele au fost stabile, pacienta s-a integrat în relaţiile familiale şi şcolare.

Numărul mare de cazuri cu probleme analoge cazului prezentat, care sînt în evidenţa noastră, ne sugerează unele propuneri :

Instituirea unui control catamnestic a tuturor cazurilor de tipul celor la care se referă prezenta comunicare, în vederea verificării şi consolidării rezultatelor obţinute (dispensarizare temporară).

În acest scop propunem înfiinţarea în cadrul laboratoarelor de sănătate mintală a unor cabinete de asistenţă psihologică care că continue consilierea şi îndrumarea acestor tineri în scopul prevenirii recăderilor.

Ne permitem să subliniem atenţia ce trebuie acordată unei abordări sistematice a deficitelor marginale de integrare la tineri. Tratate corespunzător, ele pot rămîne numai nişte episoade tranzitorii în impactul subiectului cu ambianţa. Neglijate, ele pot constitui sursa unor dezvoltări patologice ulterioare.

The authors study the therapeutical methods appliable to young people having difficulties in their familial, school and professional integration. The authors set out from the idea that the diagnostic and therapeutical procedures as a whole fall under a unitary startegy aimed at accomplishing reintegration into the ambience.

The authors establish the main stages of rehabilitation strategy : initial contact, complex examination of the patient, therapeutical decision, as well as the main moments of the therapy : primary drug therapy, primary psychotherapy (of contact), secondary drug therapy and secondary psychotherapy. They establish also the content of each and every therapeutical stage and moment in an concept dovetailing the requirements of general principles and the specificity of the subject.

In conclusion, the authors advance organizational proposals regarding the psychiatric assistance to suchlike young people.

LOCUL ŞI ROLUL FIZIOTERAPIEI ÎN ÎNGRIJIREA BOLNAVILOR PSIHICI

C. I. Mâţă, V. Hrimiuc
— *Iaşi*

Prin fizioterapie se înţelege întrebuinţarea metodică în scop terapeutic a unora din agenţii fizici naturali. Factorii fizici vindecatori sînt mulţi şi utilizarea lor a dus deja la o separare a unor specialităţi din cadrul fizioterapiei.

Ca să înţelegem modul general de acţiune al agenţilor terapeutici naturali, trebuie să cunoaştem concepţia biologică sau naturalistă în terapeutică, fiindcă nu este de ajuns să aplicăm mijloacele naturale în terapie, dacă nu acţionăm în baza principiilor acestei concepţii. Concepţia biologică este bazată pe gîndirea dialectică, ea priveşte natura, şi deci şi pe om, nu ca o acumulare întîmplătoare de fenomene izolate şi independente unele de altele, ci ca un tot unic coerent, în care fenomenele sînt organic legate între ele, depind unele de altele şi se condiţionează unele pe altele. În lumina acestor vederi, medicina biologică are o terapie proprie. Toate funcţiunile vitale sînt stimulate, întreţinute şi coordonate de sistemul nervos vegetativ cu centrii săi din hipotalamus, care menţin unitatea funcţională a întregului organism împreună cu sistemul nervos al vieţii de relaţie, cu sistemul endocrin şi sistemul humoral, formînd unitatea somatopsihică a organismului. Sistemul nervos vegetativ menţine echilibrul corelaţionalist între organe şi sistemele vitale, dar tot prin el organismul se apără, reacţionează, rezistă, localizează şi vindecă boala. În concepţia biologică, boala este o luptă şi o reacţie salutară pentru a restabili echilibrul funcţional, iar terapia biologică devine o terapie preventiv-curativă. Obişnuim să folosim termenul de fizioterapie pentru tratamentele executate cu mijloace fizice artificiale generatoare de energie, modul lor de acţiune fiind analog cu a celor naturale. Aceşti agenţi fizici determină reacţiunea avînd drept scop reglementarea funcţiunilor organismului, prin reflexele viscero-cutanate, formarea de biohormoni, producerea de degradare proteică, prin producerea de vitamine etc.

In serviciul nostru în tratarea fizioterapică a bolnavilor psihici, noi folosim băile de lumină, lămpile generatoare de ultraviolete, lămpile de infraroşii, aparatele cu raze ultrascurte, ionizările, aparatul magnetodiaflux generator de cîmpuri electromagnetice sub formă de impulsuri şi kinetoterapia prin masajul manual. Activitatea în serviciul de fizioterapie din cadrul unităţii noastre, s-a dovedit a fi foarte utilă în îngrijirea complexă a pacientului psihic.

Avînd în vedere că bolnavii noştri în afara suferinţei mintale, au sau pot avea asociate şi unele boli somatice generate de boala neuropsihică sau independente de ea, vom înţelege mai bine utilitatea unui astfel de serviciu care foloseşte mijloace terapeutice utile îngrijirii bolnavului. Pacienţii noştri primesc un tratament complex alcătuit din medicamente psihotrope, socioterapie, ergoterapie şi acolo unde este indicat şi fizioterapie, ne neglijîndu-se nici psihoterapia care ajută la combaterea distoniilor apărute în mediul familial sau social, factorul social avînd, datorită relaţiilor strînse cortico-viscerale, o influenţă covîrşitoare asupra organismului, inclusiv asupra funcţiunilor vegetative. Factorii fizioterapici, metodele şi planul de tratament îl aplicăm în contextul datelor clinice şi de laborator urmărind cu atenţie modul cum acţionează aceşti factori şi comunicînd întotdeauna observaţiile noastre medicului care supraveghează şi conduce planul de tratament.

Este cunoscut că în cursul lungii perioade de existenţă, pe planeta noastră toate organismele vii şi plantele au fost şi sînt supuse în permanenţă factorilor fizici de mediu, cîmpului magnetic teluric şi astral. Astfel aplicarea cîmpului magnetic în doze adecvate capacităţii de reacţie a organismului omenesc, a fost introdus ca un factor terapeutic alături de ceilalţi factori fizici (climoterapia, helioterapia, talazoterapia etc.).

Din studiile şi cercetările efectuate de institutele de specialitate, pe parcursul observaţiilor clinice şi a cercetărilor de laborator s-a ajuns la o tehnică, metodologie şi indicaţii de aplicare a acestei forme de eregie în terapia diferitelor afecţiuni.

Folosind cîmpurile electromagnetice de joasă frecvenţă cu regim continuu sau întrerupt, noi am avut rezultate bune şi foarte bune în tratamentul nevrozelor, în unele stări depresive şi în cazul unor psihastenii. Cîmpurile electromagnetice de joasă frecvenţă le folosim diferenţiat în funcţie de forma clinică a bolii psihice.

Consideraţiile noastre sînt rezultatul unei experienţe de aproximativ 10 ani, de cînd, în cadrul „Complexului bio-psiho-social" organizat de Prof. dr. P. Brânzei, a luat fiinţă şi un serviciu de fizioterapie în scopul realizării „tratamentului complex" al bolnavilor psihici.

În nevrozele cu stări depresive li s-a aplicat zilnic cîmpuri întrerupte (ritmic şi aritmic) de 100 puls/s timp de 1—2 minute şi de 50 puls/s timp de 3—4 minute, aplicîndu-se cele 2 bobine cervicală şi lombară, precum şi bobina locală pe abdomen cu palmele mîinilor aşezate asupra acesteia din urmă.

În toate celelalte forme de nevroze, astenică cu elemente anxioase sau pitiatice, în sindroamele neuroasteniforme, cele din cadrul arteriosclerozei cerebrale, am aplicat numai cîmpuri cu regim continuu (sedetative) cu 50, 100 puls/s. Şedinţele le-am început întotdeauna cu frecvenţa de 50 puls/s timp de 1—2 minute şi de 100 puls/s timp de 3—4 minute. Durata unei şedinţe nu a depăşit 6 minute. Prima serie de şedinţe a durat 12—14 zile iar următoarea la cazurile cu indicaţie după o pauză de 2—3 săptămîni ; durata a fost de 14—16 zile. La vîrstnici (cei trecuţi de 60 ani) şi la copii durata şedinţelor a fost redusă la 1 minut în regim de 50 puls/s, la 3—4 minute în regim de 100 puls/s.

In nevrozele cu stări depresive seria a fost de 14—16 zile. În cazurile de psihoastenie starea de boală a pacienţilor a răspuns mai bine la cîmpurile cu regim întrerupt, în special, la forma aritmică de 50 şi 100 puls/s.

Datorită ameliorării pacienţilor în numeroase cazuri medicaţia sedativă a sistemului nervos a fost treptat redusă sau complet suprimată în cazurile în care s-a observat ameliorări evidente după aplicarea magnetodiafluxului. Ca terapie de completare în marea majoritate a cazurilor s-a aplicat şi masajul la frunte şi pe ceafă, la extremităţi, şi s-a făcut psihoterapie.

La pacienţii observaţi de noi nu am observat reacţii neadecvate care să ceară întreruperea tratamentului cu magnetodiaflux. Fiind totuşi o formă de excitoterapie, dozarea şi ritmul de aplicare a magnetodiafluxului trebuie modificat în funcţie de reacţiile de răspuns pe care le provoacă aceste cîmpuri. Terapia prin cîmpurile electromagnetice acţionează intens asupra reglării neuro-vegetative şi poate provoca o „reacţie de cură" din care motive sînt indicate a se efectua în orele de dimineaţă, la $^{1}/_{2}$ oră după micul dejun şi cel puţin la o oră înaintea mesei de prînz. La apariţia unei „crize cură", cu insomnii, cefalee, oboseală, ameţeli, inapetenţă sau în legătură cu tulburările unor aparate sau organe, este indicat să se întrerupă tratamentul şi să se reia numai după ce pacientul a fost examinat de medicul specialist.

În timpul menstruaţiilor dacă acestea nu sînt abundente şi prelungite, tratamentul se poate aplica numai cu bobina cervicală asupra regiunii cervicale. La unii bolnavi se observă după primele şedinţe o uşoară senzaţie de ameţeală sau vertij. La apariţia acestor semne neuro-vegetative trebuie să menţinem bolnavul în poziţie culcată cîteva minute după terminarea şedinţei. În timpul şedinţelor bolnavul poate rămîne îmbrăcat lejer fără a stînjeni circulaţia sanguină, dar trebuie să îndepărtăm de pe corp toate obiectele metalice pentru a evita concentraţia cîmpurilor magnetice pe o suprafaţă redusă. La bolnavii care prezintă cuie sau piese metalice ortopedice, sau gloanţe de armă, schije, nu vom aplica electrozi în dreptul sau nemijlocit în apropierea porţiunii corpului cu asemenea conţinut, iar durata unei şedinţe nu va depăşi timpul de 4 minute.

Din observaţiile noastre am constatat că efectele cîmpului electromagnetic neîntrerupt are asupra organismului o acţiune de sedare asupra sistemului nervos central şi periferic exprimată clinic prin reglarea somnului, dispariţia unor nevralgii etc. în timp ce, cîmpurile electromagnetice în regim întrerupt ritmic sau aritmic, duc la o stimulare a sistemului nervos central şi periferic caracterizată prin stare de stenie, cu tonicizarea musculaturii netede şi striată, cu stimularea glandelor cu secreţie internă şi a metabolismului în general (regularizarea scaunelor, creşterea poftei de mîncare etc.).

Putem deci afirma că, efectele cîmpurilor electromagnetice de joasă frecvenţă, în tratamentul complex al nevrozelor au o acţiune de normalizare fiziologică a organelor şi aparatelor afectate, care în contextul celorlalte mijloace terapeutice completează arsenalul terapeutic necesar vindecării suferinţei psihice a bolnavului.

Cît priveşte, celelalte mijloace fizioterapice, cu razele infraroşii tratăm diferite stări inflamatorii, catarale, superficiale cum ar fi corizele gripale, guturaiul, nevralgiile, sinuzitele feţii etc. Razele infraroşii produc o hiperemie accentuată cu efect calmant şi vindecător. Efectele biologice ale actinoterapiei cu raze ultraviolete sînt prea bine cunoscute şi noi am constatat la bolnavii trataţi o evidentă ridicare a capacităţii de activitate corporală şi psihică, ameliorînd starea subiectivă a pacienţilor apatici.

Ionizările, băile de lumină şi razele ultrascurte le-am utilizat cu rezultate satisfăcătoare în reumatismul cronic poliarticular, în afecţiunile cronice ale bazinului, în paralizia generală, în durerile tabetice, în mialgii, în sciatică etc. Am observat că la aceşti bolnavi căldura produsă de razele ultrascurte le produce o senzaţie agreabilă, fiind cel mai adesea solicitate chiar de pacienţi.

Trebuie de asemenea arătată şi importanţa ultrasunetelor, achiziţie fizioterapeutică de dată mai recentă, intrată în arsenalul terapeutic al diferitor afecţiuni cronice ale aparatului locomotor etc.

Astfel fără a epuiza subiectul, putem conchide că fizioterapia în îngrijirea bolnavilor psihici, prin multiplicitatea şi variabilitatea metodelor sale, vine să completeze arsenalul terapeutic în contextul unor indicaţii judicios întocmite şi a unui plan terapeutic optim.

BOLNAVUL PSIHIC ÎN IPOSTAZELE ASISTENŢEI MEDICO-SOCIALE

V. Chiriţă, Maria Rusu, G. Zichil, Gabriela Marinescu, Fl. Teodorescu, I. Turcu

— *Bacău*

Analiza situaţiei bolilor psihice efectuată de Ministerul Sănătăţii şi studiile ecologo-epidemiologice ale Şcolii de Psihiatrie „Socola" Iaşi relevă, pe lîngă date semnificative asupra morbidităţii prin boli psihice, măsuri de importanţă imediată şi de perspectivă vizînd dezvoltarea reţelei de psihiatrie şi creşterea numărului de cadre de specialitate.

Pe linia acestor preocupări am încercat la nivelul judeţului Bacău să cuprindem într-un periplu bolnavul psihic sub incidenţa diferitelor forme de asistenţă medico-socială :

1. *Asistenţa psihiatrică prin intermediul serviciilor extraspitaliceşti* este marcată de o creştere a solicitărilor, îndeosebi pentru demodulări psihice la limită cu normalitatea şi afecţiuni psihice „marginale", numărul consultaţiilor de specialitate (psihiatrie şi neuropsihiatrie infantilă) crescînd de la 40 985 în anul 1976 la 48 481 în anul 1979.

2. *Aportul reţelei de medicină generală în activitatea profilactico-curativă şi de dispensarizare* evidenţiat prin raportarea de cazuri noi depistate de boli psihice relevă un volum de muncă apreciabil dar şi anumite carenţe. Astfel la nivelul judeţului constatăm următoarea situaţie statistică în perioada 1974—1979 : — 1974 : 2 858 total cazuri noi depistate, 622 din urban şi 2 236 din rural ; dintre acestea 2 310 sînt cazuri de nevroză, 485 din urban şi 1 825 din rural ; — 1975 : 3 496 cazuri noi, urban 515, rural 2 981 ; nevroze 2 866, urban 403, rural 2 463 ; — 1976 : 3 310 cazuri noi, urban 490, rural 2 820 ; nevroze 2 689, urban 393, rural 2 296 ; — 1977 : 3 604 cazuri noi, urban 646, rural 2 958 ; nevroze 3 083, urban 496, rural 2 587 ; — 1978 : 3 035 cazuri noi, urban 883, rural 2 152 ; nevroze 2 596, urban 745, rural 1 851 ; — 1979 : 2 178 cazuri noi, urban 913, rural 1 265 ; nevroze 1 716, urban 795, rural 921.

Numărul mare de cazuri noi de nevroze raportat atît de dispensarele medicale urbane cît şi, mai ales, de dispensarele medicale rurale în comparaţie cu cazurile noi de îmbolnăvire prin celelalte grupe de boli psihice denotă uşurinţa cu care se acordă încă diagnoza de nevroză, ceea ce pune în discuţie diagnosticarea corectă şi competentă a afecţiunilor psihice de către medicii de medicină generală şi îndeosebi în mediul rural unde se raportează un număr crescut de cazuri noi.

3. *Posibilitățile de spitalizare a bolnavilor psihici* sînt materializate prin înființarea în județ a două secții de psihiatrie cu 56 și respectiv 42 paturi și a unei secții exterioare pentru bolnavi cu evoluție prelungită care au permis un număr crescut de internări de la 1 422 bolnavi în 1976 la 2 079 în 1979, cu un indice de utilizare a patului care a crescut de la 322 în 1976 la 363,6 în 1979 în secția de psihiatrie din municipiul Bacău și de la 306,4 la 376,7 în secția de psihiatrie Gheorghe Gheorghiu-Dej, demonstrînd și prin aceasta necesitatea măririi posibilităților de internare.

4. *Activitatea recuperatorie prin intermediul C.E.M.C.M.* se realizează prin eforturi conjugate ale rețelei medicale: medici psihiatri, experți și de medicină generală prin planuri de recuperare, dispensarizare și revizuiri periodice cît și a întreprinderilor prin integrarea în program redus a pensionarilor de gradul III de invaliditate. La nivelul județului numărul de pensionari prin boli psihice rămași în evidență la sfîrșitul anului scade de la 860 în anul 1976 la 609 în anul 1979, situîndu-se totuși pe locul al doilea în raport cu celelalte afecțiuni medicale invalidante, după bolile cardio-vasculare care dețin primul loc.

5. *Activitatea comisiei de expertiză medico-legală psihiatrică* evidențiază efectuarea de 95 de expertize în anul 1976, 141 în 1977 și 110 în 1978, ponderea cea mai mare între cazurile expertizate fiind deținută de psihopatii, sindroame psihopatoide și tulburări de comportament infantilo-juvenile prin carențe instructiv-educative și condiții negative de mediu.

6. *Analiza patologiei psihiatrice la nivelul căminului-spital de bolnavi cronici neuropsihici* Gîșteni—Răcăciuni relevă la totalul de 250 de asistați, 108 de sex masculin (43,2%) și 142 de sex feminin (56,8%), următoarea distribuție pe grupe de afecțiuni:

— oligofrenie 105 bolnavi (42%), 48 de sex masculin, 57 de sex feminin; — schizofrenie 63 bolnavi (25,2%), 23 de sex masculin, 40 de sex feminin; — epilepsie 44 bolnavi (17,6%), 19 de sex masculin, 25 de sex feminin; — p.m.d. 15 bolnavi (6%), 5 de sex masculin, 10 de sex feminin; — psihoze de involuție 8 bolnavi (3,2%), 2 de sex masculin, 6 de sex feminin; — etilism cronic 4 bolnavi (1,6%), 3 de sex masculin, 1 de sex feminin; — psihopatie 2 bolnavi (0,8%), de sex masculin; — p.g.p. 2 bolnavi (0,8%) de sex masculin; — psihoză pelagroasă 1 bolnavă (0,4%); — boli neurologice 6 bolnavi (2,4%), 4 de sex masculin, 2 de sex feminin.

Remarcăm că aici ponderea este deținută de oligofrenie, schizofrenie și epilepsie, reprezentînd 84,8% din totalul bolnavilor asistați, în timp ce cazurile de p.g.p. și psihoză pelagroasă reprezintă doar 1,2%.

Datele prezentate și analiza lor permit cîteva remarci asupra asistenței medico-sociale a bolnavului psihic: a) activitatea psihiatrică extraspitalicească este dominată de tulburările psihice la limită cu normalitatea, bolnavul nevrotic fiind un consumator peremptoriu de asistență medicală calificată, de aspecte ale dispensarizării și urmăririi programate a cazurilor de boli cronice în evidență; b) în activitatea recuperatorie a C.E.M.C.M. cazurile de bolnavi psihici pensionați dețin o pondere însemnată menținîndu-se pe locul al doilea după bolile cardio-vasculare; c) sub incidența comisiei de expertiză medico-legală psihiatrică ajung cel mai frecvent cazurile de psihopatie, sindroame psihopatoide și tulburări de comportament infantilo-juvenile; d) asistența medico-socială la nivelul căminului-spital este grevată preponderent de oligofrenie, schizofrenie cronicizată și epilepsie; e) numărul de paturi pentru asistența intraspitalicească și numărul medicilor de specialitate se dovedește a fi încă sub nivelul solicitărilor crescute de asistență medicală; f) în activitatea rețelei de medicină generală persistă dificultăți și carențe în depistarea și diagnosticarea corectă a bolilor psihice.

Aceste aspecte relevă necesitatea dezvoltării în continuare a rețelei de psihiatrie intra- și extraspitalicească, a creșterii cadrelor de specialitate și, ca un corolar, optimizarea colaborării cu rețeaua de medicină generală, instruirea metodologică a medicilor generaliști în probleme de patologie psihică și sănătate mintală în scopul cuprinderii tuturor cerințelor de asistență calificată a bolnavului psihic.

The analysis of psychical deseases morbidites the rise of medical assistence requirement and the contact between psychical invalid and the psychiatrist in social assistence mays, involues the rise of psychiatric system, simultaneously with organizational decisious adoption which may lead to the elaboration of the therapeutic act with social and human significance.

ORIENTĂRI ȘI TENDINȚE ÎN PSIHOTERAPIA CONTEMPORANĂ

Tatiana Dorofte, Mihai Gașpar
— *Iași*

În prezent, cînd asistăm, după expresia lui H. Ellanberger, la o „explozie“ sau „boom“ al psihoterapiei, tentativa unei sistematizări este cu mult mai dificilă. Avînd ca suport teoretic cele mai diferite orientări filozofice, psihoterapia a devenit un subiect de mare actualitate, ce dispune de un întreg arsenal de forme și metode de multe ori opuse. În special, sînt izbitoare alternativele: behaviorism și psihanaliză, existențialism și gestaltism, psihoterapii prin activitate — psihoterapii prin repaos, psihoterapii persuasive — psihoterapii comprehensive. Nu lipsesc nici disputele între reprezentanții diferitelor școli. Adesea, puncte de vedere foarte tranşante sînt abandonate în urma confruntării : mulţi psihanalişti devin rogersieni, behavioriştii ajung să realizeze importanţa noţiunii de „eu". Termenul „labirint" descrie foarte exact peisajul actual al psihoterapiei.

În condiţiile în care proliferarea fără precedent a „noilor psihoterapii" descurajează orice efort de studiu aprofundat şi exhaustic, găsirea unui fir conducător care să permită orientarea în interiorul acestui labirint devine din ce în ce mai necesară. Acest fir s-ar putea înnoda prin alăturarea cîtorva tendinţe generale, comune, semnalate de cei ce au întreprins observaţii mai mult sau mai puţin sistematizate asupra psihoterapiei.

1. O primă tendinţă, ce poate fi regăsită la nivelul oricărui model psihoterapeutic, se referă la faptul că toţi psihoterapeuţii indiferent de orientarea teoretică, concep psihoterapia ca o variantă a conceptului mai general de „bune relaţii interpersonale". Trăsăturile ce caracterizează relaţia terapeutică ideală nu sînt altele decît cele ale relaţiei umane pozitive. Dacă psihoterapeutul, în comentariile sale, rămîne pe linia gîndirii subiectului, dacă este apt să înţeleagă problemele subiectului, dacă consideră subiectul ca pe colaboratorul său în rezolvarea unor probleme comune, dacă îl va trata ca pe egalul său atunci, indiferent de tehnica pe care o va folosi, adleriană sau freudiană, rogersiană sau gestaltistă, terapeutică primală sau analiză tranzacţională, terapeutul va reuşi să „decristalizeze" percepţiile defectuoase despre lume ale celuilalt, să-i influenţeze comportamentul şi să facă din el o fiinţă mai echilibrată şi mai productivă.

Dimpotrivă, adoptarea de către terapeut a unor atitudini incompatibile cu trăsăturile relaţiei umane pozitive : utilizarea pedepsei, lipsa de respect faţă de subiect, relaţia impersonală, „rece", tendinţa de a-l impresiona pe subiect prin cunoştinţele şi capacităţile sale, tratarea subiectului ca un copil, va duce la eşec tentativa reconstrucţiei personalităţii acestuia prin psihoterapie.

2. Autonomizarea psihoterapiei în raport cu medicina şi estomparea liniei de demarcaţie între psihoterapie şi celelalte domenii ale intervenţiei psihosociale : educaţie, învăţămînt, formare, orientare şcolară şi profesională. Din ce în ce mai mult, remarcă Charles Nahoum, procesul psihoterapiei este interpretat în termeni de învăţare, formare, educaţie, decît în termeni medicali de expertiză şi diagnostic. Relaţia psihoterapeutică tinde să se îndepărteze de modelul clasic al consultaţiei medicale, în care tratamentul este precedat de analizarea şi identificarea simptomelor. Sensul de „vindecare" pe care psihoterapia l-a preluat din medicină şi care a prezentat vreme îndelungată ţelul fundamental al procesului psihoterapeutic, este pe cale de a fi abandonat. Ca obiect al psihoterapiei, în prezent, se preconizează stimularea dezvoltării personalităţii, mai degrabă decît înlăturarea suferinţei psihice specifice care l-a adus pe pacient în cabinetul terapeutului. Această modificare nu este semn al declinului sau inutilităţii psihoterapiei. (Deşi există autori care contestă cu înverşunare valoarea unora din tehnicile actuale ale psihoterapiei. Şi nu fără motiv. Adesea, goana după senzaţional, concurenţa dintre diferite orientări sau specularea valenţelor ei comerciale au dus psihoterapia în pragul decadenţei). La fel ca şi în epocile trecute, psihoterapia va sluji suferinţa psihică. Dar dacă pînă în prezent psihoterapia a acţionat mai ales împotriva faptului de a se simţi rău, împotriva manifestărilor unor simptome, acum ea reacţionează împotriva faptului de a nu se simţi bine, împotriva unui mod imperfect de viaţă.

Lărgirea definiţiei psihoterapiei, prin includerea noului ei obiectiv — punerea în valoare a resurselor umane insuficient exploatate — a dus la apropierea ei de celelalte domenii ale intervenţiei psihosociale. Atitudinea nondirectivă, de exemplu, este o ipoteză metodologică de lucru, utilă de fiecare dată cînd avem de tratat probleme umane ce se pun indivizilor sau grupurilor ,deoarece oriunde există relaţii umane sînt necesare precauţiile unei psihoterapii. (Max Pages).

4. Problema eficienţei psihoterapiei, nu a căpătat nici în era electronicii, un răspuns cert, neechivoc. Puţini sînt psihoterapeuţii care n-au avut surpriza să vadă cum vreunul din pacienţii lor s-au vindecat rapid şi într-un mod inexplicabil, în timp ce altul n-a progresat de loc, deşi teoretic ar fi trebuit să fie complet restabilit. (H. Ellenberger).

Problema eficienţei în psihoterapie mai are şi un alt aspect, pe care, mai ales cei ce pun la îndoială valoarea psihoterapiei, n-au întîrziat să-l facă vizibil : care dintre numeroasele forme de psihoterapie este mai valoroasă ? Există argumente care să probeze superioritatea vreuneia dintre psihoterapii ? Ameliorările observate la pacienţii nevrotici ce au fost trataţi prin psihoterapie, se datoresc psihoterapiei sau altor factori ? Literatura de specialitate oferă un număr impresionant de studii asupra posibilităţilor recuperatorii ale psihoterapiei. Este semnificativ în acest sens studiul doctorului H. Eysenck (1965), care, pe baza unei cercetări de anvergură, întreprinse asupra unui număr impresionant de pacienţi (8 000) cărora li se aplicase una sau alta din formele psihoterapiei (psihanaliză şi terapie comportamentală), formulează două concluzii : a) nu există nici o deosebire între rata de ameliorare a pacienţilor trataţi prin psihanaliză şi cea a pacienţilor trataţi prin psihoterapie comportamentală ; b) nu există vreo deosebire semnificativă între rata de ameliorare a pacienţilor trataţi prin psihoterapie şi a celor netrataţi. Datele cercetării lui Epsenck au constituit punctul de plecare al unor cercetări ulterioare. Adversarii psihoterapiei au preluat argumentele lui în sprijinul punctului de vedere în timp ce partizanii ei au contestat valoarea ştiinţifică a studiului, demonstrînd subiectivitatea criteriilor alese ca indicatori ai vindecării şi ameliorării (opiniile pacienţilor şi ale terapeuţilor). Dar contestarea valabilităţii acestui studiu sau a altora cu rezultate asemănătoare, nu rezolvă cu nimic problema eficienţei psihoterapiei. Simpla consemnare a rezultatelor, pozitive sau negative, obţinute pe diverse loturi de pacienţi, ori studierea performanţelor realizate de una sau alta dintre formele psihoterapiei, nu reprezintă argumente care ar putea să explice reuşita sau eşecul psihoterapiei, atîta timp cît nu se demonstrează în mod convingător care sînt factorii implicaţi direct în succesul terapiei. Ori, din acest punct de vedere, un singur lucru este sigur : factorii de succes ai psihoterapiei nu ţin de una sau alta dintre variante ci sînt comuni. In privinţa nominalizării acestor factori, însă, opiniile diverşilor autori lipsite de unitate, echivoce : Hans Trüb susţine că motorul esenţial al oricărei psihoterapii reuşite este „întîlnirea" (în sensul existenţialist al termenului) ; A. Meares evidenţiază necesitatea unei „regresiuni atavice" în psihoterapie ; J. Frank declară că „speranţa" este elementul esenţial al vindecării psihice (H. Ellenberger). O explicaţie mai frecventă se referă la capacităţile terapeutului, puterea lui de înţelegere, la atitudinea de căldură şi toleranţă, solicitudinea, aptitudinea de a pune în valoare motivaţia pacientului, susţinerea emoţională.

În stadiul actual, cercetările asupra psihoterapiei par „incursiuni minore în necunoscut" (Julius Segal), demonstrînd că psihoterapia se efectuează prin procese diferite de cele pe care practicianul crede că le aplică (H. Ellemberger). Între proiectul teoretic căruia i se atribuie vindecarea şi procesele reale ce intră în joc în cursul terapiei, există o diferenţă certă. Identificarea acestor procese reale care la ora actuală ne scapă, va însemna găsirea căilor eficiente în psihoterapie.

ASPECTE ALE RECUPERĂRII LA UN LOT DE PSIHOTICI TRATAŢI CU NEUROLEPTICE-DEPOT

O. Laza, Nicoleta Tătaru, V. Vlăduţ, Emöke Kiss, N. Vandici
— Oradea

Recuperarea deficienţelor, în general reprezintă un domeniu vast şi complex, care cuprinde o serie de metode avînd ca obiect persoana bolnavului şi eforturile îndreptate în scopul readaptării sale socio-familiale şi profesionale. Ea are drept scop restabilirea valenţelor sociale ale individului şi capacitatea sa de muncă, diferenţiindu-se prin aceasta de procesul terapeutic al vindecării care urmăreşte îndeosebi suprimarea stării de boală şi mai puţin consecinţele sociale ale acesteia. In acest sens remisiunea clinică bazată pe terapii biologice şi metode psihoterapeutice nu coincid cu recuperarea socială, ele sînt numai etape în procesul complex al suprimării bolii psihice şi a consecinţelor acesteia.

Boala psihică prin ruperea sau modificarea relaţiilor sociale ale bolnavului impune un sistem de recuperare care urmăreşte să meţină bolnavul în contact permanent cu mediul său, împiedicînd în acest mod fenomenele de alienare datorită ruperii legăturilor cu mediul.

Recuperarea presupune o schimbare profundă a atitudinii faţă de bolnavul psihic şi reclamă participarea unui grup larg de specialişti şi a unor instituţii medicale şi sociale.

In cazul deficienţelor psihice se deosebesc 3 grupe de metode de recuperare care reprezintă tot atîtea etape ale procesului de readaptare psiho-socio-profesională şi familială.

1. Metode clinico-psihiatrice care cuprind măsurile terapeutice intra şi extra spitaliceşti, ambulatorii şi semiambulatorii şi care urmăresc amendarea simptomatologiei clinice.

2. Metode psiho-igienice cu rol profilactic şi protector cuprinzînd cele 3 forme de prevenţie (primară, secundară şi terţiară) şi măsurile de educaţie sanitară.

3. Măsurile psiho-sociale instituite în ultima etapă a recuperării urmăresc readaptarea socio-familială şi profesională a bolnavilor psihici. În această privinţă un rol important revine echipei terapeutice, asistentelor de ocrotire, reţelei de asistenţă ambulatorie.

O recuperare eficientă trebuie să ţină seama de realitatea clinică a cazului, de natura deficienţei psihice, de aspectele ei psihopatologice şi de implicaţiile pe care le are deficienţa asupra persoanei bolnavului precum şi de consecinţele psiho-sociale ale deficienţei.

În cazul schizofreniei, maladie care atinge subiecţi de vîrstă tînără cu o evoluţie procesuală prelungită şi un potenţial invalidant crescut cu alterarea relaţiilor interpersonale şi de adaptare socială şi afectarea serioasă a capacităţii de muncă, recuperarea ridică probleme dificile.

În cazul studiului prezent am căutat să arătăm care este aportul medicaţiei cu neuroleptice-depot la bolnavii schizofreni în dificilul proces de recuperare şi readaptare socială.

Studiul nostru cuprinde un lot de 70 bolnavi cu diferite forme de schizofrenie, din totalul de 252 bolnavi cîţi sînt în evidenţa LSM-ului Oradea, cărora li s-a instituit tratament de întreţinere de lungă durată cu neuroleptice cu acţiune prelungită.

Sinteza şi utilizarea clinică a primului neuroleptic cu acţiune prelungită a fost realizată la numai 10 ani după introducerea în Psihiatrie a clorpromazinei — medicament care a revoluţionat terapia bolilor psihice. Astfel în 1963 apar primele lucrări ale lui Bürke şi Khinross despre enantatul de flufenazină în tratamentul psihozelor. De la această dată numărul preparatelor depot utilizate a cunoscut o mare diversificare (moditen, modecate, flopentixol, fluspirilene, piportil, prolixin) etc.

Introducerea acestor preparate în psihozele cu evoluţie prelungită asigură un tratament de întreţinere în cele mai bune condiţiuni de securitate, de continuitate şi de economicitate, fiind lipsite de toxicitate şi deschide noi perspective de recuperare şi adaptare socială a acestor bolnavi prin asocierea altor metode terapeutice (psihoterapie, terapie ocupațională, ergoterapie).

Avînd aceste avantaje față de tratamentul de întreținere cu neuroleptice standard, acest tratament face posibilă suprimarea medicamentelor administrate pe cale orală care sînt foarte des abandonate de către bolnavul schizofren după ieșirea din spital.

În studiul nostru efectuat pe un număr de 70 bolnavi cu schizofrenie din evidența LSM-ului Oradea în care am urmărit aportul pe care această medicație îl poate aduce în recuperarea acestor bolnavi am folosit enantatul de flufenazină sub denumirea de moditen depot.

Metoda de lucru a fost următoarea : bolnavii din lotul nostru după tratament spitalicesc au fost luați în evidența LSM-ului și chemați periodic la control la intervale de 3—4 săptămîni, cu care ocazie se administra medicația și se făcea un control clinic psihiatric. În toate cazurile s-a asociat acestui preparat și preparate antiparkinsoniene pentru combaterea fenomenelor extrapiramidale medicamentoase și la nevoie un neuroleptic sedativ seara. Durata tratamentului a fost, în cazul lotului nostru, cuprins între 1—5 ani existînd și unele discontinuități în tratament datorită deficiențelor de aprovizionare cu acest preparat.

În 12 cazuri s-au semnalat efecte secundare administrării medicației depot cum sînt : sindroame extrapiramidale, somnolență după administrarea preparatului, stări depresive, astenie, care au necesitat întreruperea temporară a tratamentului, iar în 2 cazuri suprimarea lui.

Repartizat pe grupă de vîrstă și sexe situația acestor bolnavi se prezintă astfel : bărbați 33, femei 37, iar după vîrstă : — 5 sub 20 ani ; — 26 între 21—30 ani ; — 32 între 31—40 ani ; — 7 peste 40 ani.

Remarcăm că majoritatea cazurilor sînt încadrate în decadele 3 și 4 de vîrstă, perioada maximei solicitări și eficienței profesionale. După profesie repartizarea se prezintă astfel : 38 muncitori, 16 cazuri cu studii medii și superioare, 12 cazuri studenți și elevi, 4 cazuri casnice. La un număr de 15 bolnavi tratamentul s-a instituit încă de la debutul bolii, respectiv de la prima internare, iar la 55 bolnavi tratamentul s-a instituit după debutul bolii cu ocazia recăderilor. Menționăm că un număr de 6 bolnavi au fost internați o singură dată, continuîndu-și apoi tratamentul ambulator, fără a mai fi nevoie să se interneze în secție de psihiatrie, 44 cazuri au avut între 2—5 internări, iar 20 cazuri cu peste 5 internări în secția de psihiatrie. După forma clinică cazurile cele mai numeroase și care au beneficiat de rezultatele cele mai bune au fost formele paranoide într-un număr de 52 cazuri, forma simplă 12 cazuri și forma hebefrenică 5 cazuri.

După durata tratamentului cazurile se repartizează astfel : 13 bolnavi au urmat tratamentul 1 an, 16 bolnavi 2 ani, 28 bolnavi 3 ani, iar 13 bolnavi peste 3 ani.

Această terapie medicamentoasă cu neuroleptice depot a creat posibilitatea acestor bolnavi de a beneficia și de alte metode terapeutice : psihoterapie, terapie ocupațională, ergoterapie.

Rezultatele tratamentului au fost evaluate urmărindu-se starea clinică, preîncadrarea familială, profesională și socială.

La un număr de 42 de bolnavi din lotul nostru la examenul clinic psihiatric nu se evidențiază nici un fel de simptomatologie psihică, 18 bolnavi prezintă tulburări de intensitate nevrotică, iar în 10 cazuri persistă simptomatologia psihotică sub forma halucinațiilor, ideilor delirante, disociație ideo-afectivă, comportament psihotic.

Din punct de vedere al reîncadrării familiale un număr de 51 bolnavi s-au încadrat corespunzător în mediul familial, fără a avea dificultăți de adaptare, iar 19 cazuri prezintă dificultăți de adaptare la viața familială, divorțuri, familii dezorganizate, abandon familial.

Din punct de vedere al reîncadrării profesionale un număr de 25 bolnavi și-au reluat activitatea sau studiile, continuînd să presteze munca dinaintea îmbolnăvirii. Un număr de 15 bolnavi lucrează cu jumătate de normă, fiind încadrați în gradul III de pensionare, iar un număr de 30 sînt pensionați gradul II.

Reinserția socială urmărită prin asistentele de teren ne arată o readaptare socială corespunzătoare în 61 cazuri, iar un număr de 9 cazuri prezintă dificultăți de reîncadrare socială, dintre care 3 bolnavi cu acte antisociale, care au necesitat instituirea decretului 12 în 2 cazuri, iar un caz a fost încadrat în CP 114.

Menționăm că precizarea diagnosticului de schizofrenie și a formei clinice s-a făcut în toate cazurile prin internare în spital.

CONCLUZII : Recuperarea bolnavului schizofren, deziderat major al psihiatriei contemporane, este un proces complex care se realizează în mai multe etape succesive începînd cu tratamentul clinic pînă la restabilirea capacităților de integrare socială și profesională. La lotul de bolnavi urmărit în studiul nostru, bolnavi care au beneficiat de tratament cu neuroleptice cu acțiune prelungită, exaluarea rezultatelor s-a făcut după următoarele criterii : criteriul clinic ; încadrarea familială ; profesională ; socială.

1. Remarcăm efectele bune ale terapiei asupra simptomatologiei psihice în special în cazurile de schizofrenie paranoidă și în cazurile în care tratamentul a fost instituit de la debutul bolii și urmat cu regularitate pe o perioadă mai lungă de timp. Astfel la un număr de 42 bolnavi din totalul de 70, nu s-a mai pus în evidență simptomatologie psihotică. La cele 10 cazuri de eșec, la care persistă simptomatologia psihotică, tratamentul de întreținere cu neuroleptice depot s-a început după debutul bolii, boala avînd o evoluție de cîțiva ani în momentul începerii tratamentului.

2. Avînd în vedere faptul că marea majoritate a cazurilor s-au îmbolnăvit în perioada de maximă solicitare și eficiență profesională, reîncadrarea în muncă a acestor bolnavi a ridicat o serie de probleme dificile. Astfel numai un număr de 25 bolnavi și-au reluat activitatea profesională la nivelul dinaintea îmbolnăvirii, un număr de 15 lucrează o jumătate normă, restul de 30 fiind pensionați gradul II.

3. Analizînd cazurile în perspectiva recuperării după criteriul încadrării familiale, profesionale și sociale re-

ţinem faptul că reîncadrarea profesională a acestor bolnavi a fost mai deficitară, acest fapt datorîndu-se şi lipsei unor loturi de muncă protejate pentru bolnavii psihici, faţă de care multe unităţi productive manifestă serioase rezerve.

4. Majoritatea bolnavilor din lotul studiat au beneficiat pe lîngă terapie medicamentoasă cu neuroleptice depot şi de alte metode terapeutice: psihoterapie de grup, terapie ocupaţională, ergoterapie.

5. Preparatele depot administrate în cazul lotului nostru de bolnavi au fost bine tolerate, efectele secundare putînd fi suportate, iar cele 2 cazuri care au necesitat întreruperea tratamentului din cauza efectelor secundare reprezintă un procent de numai 2,8%.

6. Considerăm foarte util, pentru a se efectua un tratament de întreţinere raţional, eficient şi economic al bolnavilor de schizofrenie, necesitatea diversificării acestor produse şi aprovizionării constante cu preparate depot.

In the present work we studyed the contribution of neuroleptics depot with patients suffering from schizophrenia, taking into consideration their process of social recovery and reaccomodation. Our study includes 70 patients with various forms of schizophrenia, from the total of 252 schizophrenic patients recorded at LSM Oradea, to wich a longterm treatment was set up with neuroleptics depot (MODITEN, MODECATE).

The appreciation of the results was established after the following criteria: 1. the clinical criterion; 2. the familiar criterion; 3. the proffesional; 4. the social adaptation.

We ascertain the good effects of this therapy on psychic symptomatology especially in cases of paranoiac schizoprenia, and in cases in which the medication was applied right from the start of the disease and was given with regularity for a longer period of time.

Since the majority of this patients were taken sick in the period of their highest stress and proffesional efficiency, their reappointment raised a lot af difficult problems. Only 25 patients resumed their proffesional activity at the level before being taken ill and 45 patients were pensioned degree II or III.

Studing these cases and having in view their recovery according to the familiar, proffesional and social integration criterion, we must bear in mind the fact that the proffesional reappointment was more difficult. This fact is due to the absence of adecvate working places for psychotic patients.

The majority of the patients we have studed, profited by still other therapeutic methods: the group-psychotherapy, occupational therapy, ergotherapy.

We advocate for a greater variety of these drugs, and the ensuring of a more constant supply with them, for the purpose of achieving a rational, efficiant and economic long-term treatment.

PSIHOTERAPIA FAMILIALĂ DE CURSĂ SCURTĂ LA FARMACODEPENDENŢII CU TRANCHILIZANTE MINORE

A. Mureşan, Aurelia Sîrbu, T. Neamţu
— Cluj-Napoca

Psihoterapia familială ca mijloc terapeutic se înscrie ca un factor pe cît de neglijat uneori, pe atît de important în tratamentul complex de care pot beneficia această categorie de pacieţi. Odată cu recunoaşterea consumului, după un transfer pozitiv, preferabil în primele zile de la întîlnire „pacient-medic" psihoterapia familială reprezintă o etapă ulterioară dar importantă în remisia pacientului şi vindecarea lui în final.

În practica psihoterapiei familiale considerăm cîteva coordonate ce ni se par importante de semnalat: — cunoaşterea psihologiei pacientului, a modului cum reacţionează la abstinenţă, a gradului de dependenţă psihică şi fizică dar mai ales a caracteristicilor sale psihopatologice după ce a devenit dependent; — cunoaşterea gradului de toleranţă a membrilor familiei faţă de această formă de boală a pacientului; — necesitatea cunoaşterii de medic a psihologiei fiecărui membru al familiei, cu alte cuvinte angrenajul microsocial al dependentului; — găsirea unor zone protective sau „personaj cheie" în terapia de cursă lungă a dependentului.

Ca şi o regulă general-valabilă, ne-am ferit de o atitudine moralizatoare de a considera pacientul „ţap ispăşitor" al viciilor sale. Am mers pe ideea că psihoterapia familială ridică soluţii echitabile fără o critică distructivă, o încercare tenace de a cîştiga pe aparţinători cît şi pe pacient de a-şi găsi singuri soluţia cea mai rezonabilă. În fond terapeutul propune familiei un nou stil de viaţă, o nouă cunoaştere a pacientului în sensul de a şti „cînd a luat", „de cînd n-a luat" şi cum se comportă într-un fel sau altul; ce trebuie să facă familia cînd a luat ştiind cît sînt de irascibili, supărători în perpetua văicăreală despre multiple acuze cenestopatice supărătoare pentru cei din jur. A luat fiindcă „se comportă altfel", este mai volubil dar mai hipoprosecsic, abulic, echivalînd cu o falsă linişte — ceea ce, din păcate, mulţumeşte familia. Cunoaşterea de familie a unor „jaloane" de tipul celor semnalate mai sus sînt primi paşi în psihoterapia familială.

Psihoterapia de cursă scurtă dă rezultate pozitive unde sînt alterate relaţiile de onestitate interioară fără a fi vorba de personalităţi dizarmonice. Cazuistica pe care autorii au studiat-o demonstrează că factorii stresanţi ce au determinat farmacodependenţe la personalităţi normale sînt cei mai accesibili pentru psihoterapia familială. Într-o atmosferă deschisă de interes şi de sinceritate, se pot rezolva situaţii conflictuale şi în aceste cazuri psihoterapia de grup cît şi cea familială dă premisele unui prognostic terapeutic favorabil. Psihoterapia familială este şi mai eficientă cînd după ieşirea din staţionar familia acceptă rolul de cenzură faţă de preocupările morbide ale pacientului, cînd familia acceptă un plus de efort şi de durată de a nu lăsa pacientul „însingurat“.

Persistenţa unei stări fizice sau psihice nesatisfăcătoare (tulburări de somn, tulburări afective, tulburări de caracter) pun prognoze mai dificile în psihoterapia familială fiind în pericolul unui răspuns de genul: „mai bine să ia pilule, decît să fie aşa“. Nu este suficient în asigurarea unor condiţii optime de dezvoltare economică şi culturală ci este necesară găsirea unor noi forme de existenţă la aceşti pacienţi. Disonanţa constantă în ultimii ani între maturizarea somatică precoce şi întîrzierea maturităţii sociale constituie unul din factorii în care psihoterapia familială este şi un factor preventiv în apariţia farmacodependenţei, mai ales în rîndul tineretului. Psihoterapia familială, după părerea noastră, este sortită eşecului cînd sînt probleme de „intoleranţă“, „nepotrivire bazală între parteneri“ şi la personalităţile dizarmonice cu caracter polimorf. Este important în psihoterapia familială, mai ales în cea de cursă scurtă, de a încuraja mereu reuşitele terapeutice ale pacientului, arătînd familiei obstacolele care le implică această libertate de independenţă la drog şi pericolul recidivei cînd întreruperea abstinenţei va însemna „eşecul revalorizării“.

În concluzie, psihoterapia familială ca o ipoteză de lucru în cazul farmacodependenţei la tranchilizante pare să fie în condiţiile şi la actualele mijloace terapeutice o verigă importantă în evitarea recăderilor.

Familial psychotherapy is an important factor in the so complex treatment of pharmacodependent patients on tranquilizers, an important link especially in the avidance of recurrences. For the success of this form of therapy the psychologic knowledge of both the patient and of his (her) familial constellation is required. It gives positive results particularly in the cases of normal personalities who resorted to pharmacodependence under the influence of the stress factors. Average results were obtained in dysharmonical personalities.

The autors stress the importance of an early application of the therapy, both currative and prophylactic, especiallp among poung patients.

Familial psychotherapy as a working hypothesis, in the case of tranquilizer dependence, seems to be, in the present day therapeutic conditions, an important link in the avaidance of relapses.

STUDIUL CATAMNESTIC ASUPRA EVOLUŢIEI RECUPERĂRII ŞI REÎNCADRĂRII ÎN MUNCĂ A BOLNAVILOR SCHIZOFRENICI TRATAŢI CU NEUROLEPTICE DÉPÔT

M. Măgureanu, Al. Trifan, P. Mironescu, S. Cosma
— Ilfov

Continuarea tratamentului ambulator la bolnavii schizofrenici, duce indiscutabil la menţinerea şi consolidarea rezultatelor obţinute în spitalele de psihiatrie.

Fenotiazinele în general şi cele de depozit în special, ca flufenazina enantat, decanuat sau modecat, precum şi fluaxolul reprezintă un progres important în menţinerea remisiunii, în readaptarea şi resocializarea de lungă durată, fapt ce l-am putut verifica şi noi în studiul nostru.

Acest tratament l-am folosit la bolnavii schizofrenici ce lucrează sau muncesc în judeţul Ilfov, în perioada de remisiune (bolnavi externaţi din spitalele de psihiatrie unde au beneficiat de tratament cu electroşocuri, cu insulină (cure) şi neuroleptice standard, iar unii au început tratamentul în spital cu neuroleptice Dépôt).

Din totalul de 600 schizofrenici, aflat în evidenţa centrului de evidenţă psihiatrică de pe lîngă serv. de psihiatrie al Disp. Pol. Jud. Ilfov, noi am selectat pentru studiu, un număr de 50 de cazuri de bolnavi (schizofrenici), grup ce reprezintă următoarele caractere: — vechimea bolii între 1—5 ani de la prima internare în spitalul de psihiatrie cu diagnosticul susamintit; — vîrsta sub 40 de ani; — examenul psihiatric şi eventual psihologic s-a făcut de către aceiaşi specialişti; — la toţi bolnavii noştri au fost investigaţi cel puţin un membru al familiei pacientului; — diagnosticul a fost pus cu certitudine, iar în simptomatologia psihică, am găsit elemente productive manifeste, iar la unii bolnavi prezentînd şi elemente semiologice afective; — am ales cazuri cu dosar cît mai complet şi cu legătură strînsă a familiei cu serviciul nostru; — am reţinut dosarele bolnavilor la care în decursul celor 4 ani a fost aplicat cel puţin o dată pe an, un chestionar imaginat de noi, care să permită quantificări.

Cercetarea noastră a urmărit două criterii ferme: 1. — Verficarea şi aprecierea pe baza chestionarului amintit şi pe baza altor notări din documentele bolnavului, a evoluţiei simptomatologiei psihice în funcţie de tratamentul luat. 2. — A fost verificarea recuperării şi reîncadrării în muncă a bolnavilor studiaţi. Chestionarul imaginat cuprinde următoarele simptome: incoerenţa în gîndire şi vorbire, baraj verbal, perseverare sau stereotipii verbale, interpretări delirante, intuiţii delirante, delir de influenţă, autism, delir de persecuţie sau mărire, indiferenţă afectivă, inversiune afectivă, irascibilitate urmată de areactivitate, deficienţe de modulare afectivă cu rigiditate, tendinţă la inactivitate, dezinhibiţie pulsionară şi acţiuni impulsive, ambitendinţa, lipsa conştiinţei bolii a trăirii pierderii apartenenţei la propria personalitate, manierisme, preocupări somatice, anxietate, ostilitate.

Aceste simptome corespund principalelor manifestări clinice ale maladiei, indiferent de forma clinică, iar urmărirea evoluției lor ne-a permis orientarea tratamentului biologic, psihologic și social.

Din cercetarea răspunsurilor date la chestionar precum și a anchetei sociale, ne-am putut forma o opinie asupra capacității de muncă restantă, ceea ce a permis orientarea corectă către readaptare socială sau chiar către integrare socială.

Consemnăm în tabelele 1 și 2 rezultatele noastre privind dinamica evoluției pe parcursul a 4 ani.

Tabel nr. 1

Anul	Total	Pensionari gradul II	Pensionari gradul III	Recuperați integral	Nerecuperați
I.	50	30	10	5	5
II.	50	25	12	8	5
III.	50	22	13	10	4
IV.	50	21	14	12	3

Tabel nr. 2

Manifestări clinice	Primul an	Al 2-lea an	Al 3-lea an	Al 4-lea an
— Ameliorare	35	35	42	44
— Fără modificări	10	6	4	3
— Agravare	5	5	4	3

Rezultate

Observînd cele două tabele constatăm următoarele: — Numărul bolnavilor ameliorați crește sistematic pe parcursul celor 4 ani; — Dintre acești bolnavi ameliorați un procent de 60% rămîne încadrați în gradul II. de invaliditate în anul I, — pentru ca, în anul al 4-lea doar un procent de 42% să rămînă în gradul II de invaliditate, restul trecînd în gradul III, fiind recuperați integral pentru muncă.

Dinamica invalidității de gradul III, a fost următoarea: 20% în primul an, pentru ca în anul al 4-lea să ajungă la 28%, procent care crește prin trecerile de la gradul II.

Recuperarea integrală variază în felul următor: 10% în primul an ajungîndu-se la 24%, procent de recuperare în anul al IV-lea.

Procentul nerecuperaților din perspectivă socială scade și el de la 10% în primul an la 6% în ultimul an.

Comparînd cele două tabele, observăm cu ușurință că cele două curbe de evoluție nu se suprapun strict, ci au doar tendința la suprapunere. Astfel în anul al 4-lea ca să exemplificăm, 6% nerecuperați socio-profesional, iar cu simptomatologia clinică agravată sau neameliorată procentul este de 12%. Faptul este explicabil prin structura populației care este predominent rurală sau prin încadrarea tardivă în muncă din motive de școlaritate.

Atenție deosebită am acordat cunoașterii familiei și colectivului de muncă unde reintră bolnavul.

În acent sens, la fel ca și alți autori, subliniem rolul deosebit pe care il, are unul sau restul familiei pacientului; rolul eficient al familiei se referea nu numai la efortul financiar, dar și la atitudinea bolnavului, nefiind în nici un moment stigmatizat, ci mereu înconjurat de afecțiune, ajutat să-și procure din vreme medicamentul, iar atunci cînd există tendința la recădere să vină imediat la medic, complectînd medicația Dépôt, cu cea standard, sau, la nevoie, reinternarea psihiatrică, depășind astfel momentul dificil. — Familia participă la etapa recuperării profesionale, împiedecînd eventuala recădere a bolii. La trei bolnavi din grupul nostru, în care evoluția a mers spre agravare se remarcă neglijența temporară a familiei, apariția unor boli grave la un membru al familiei, familie rejectivă.

În fine, rolul important al familiei se reflectă și în faptul că 30% din bolnavi au familii proprii, sînt căsătoriți cu sau fără copii, fapt ce scoate în evidență statutul cert ca reductor al tensiunii emoționale. Reiese clar în ceea ce privește prognosticul bolii, acesta depinde de caracterul ei, dar și de climatul familial, am zice, obligativitatea antrenării familiei în procesul de vindecare.

Ameliorarea clinică bună cu o durată de peste 6 luni permite consilierea bolnavului și a familiei să abordeze integrarea sau reîncadrarea în muncă, aceasta presupunînd obligatoriu o serie de condiții pe care le-am rezumat astfel:

— cunoașterea de către medicul terapeut a profesiogramelor muncilor accesibile stadiului de remisiune a bolii, astfel fără a intra în detalii, pot fi recomandate activități cu mediu fără zgomot, fără muncă de răspundere, mai ales să nu lucreze cu gestiune, iar reintegrarea să fie într-un grup de 3—5 persoane.

Dintre bolnavii noștri recuperați social, cu prognostic bun și o reintegrare de durată am găsit: 10 intelectuali (2 cadre sanitare, 2 agronomi, 2 profesoare și restul muncitori calificați). Toți aceștia erau încadrați în momentul apariției bolii, avînd deci posibilități restante mai bune.

Tratamentul luat corect, perseverent, continuu cu neuroleptice Dépôt, la care se asociază psihoterapia, potențează considerabil capacitatea de readaptare.

Un număr de 10 bolnavi, diferiți de la an la an, au prezentat o serie de efecte secundare după neuroleptice de depozit, care au fost: modificări neurologice, care au cedat la creșterea dozelor de romparchin. Aceste efecte adverse au apărut numai la flufenazine. — La 5 bolnavi am observat apariția stării depresive evidențiate prin refuzul tratamentului, anxietate, tristețe, astenie, care au cedat la Teperin sau Antideprin. Astenia întîlnită la începutul tratamentului se ameliorează la doze mici de Meclofenoxat sau Antideprin.

Un alt aspect pe care l-am observat este preocuparea pentru timpul liber al pacientului schizofren. Fără îndoială că bugetul de timp liber al acestor bolnavi este mare, de aceea ne-a preocupat organizarea acestuia în mod deosebit.

In acest sens este necesar la fel ca şi la vîrstnici un fel de pregătire a pensionării.

Această perioadă a vieţii, respectiv întreruperea activităţii şi pensionarea, duce la o serie de schimbări psihologice, nefavorabile persoanei în cauză, respectiv reprezintă un fel de „şoc psihologic" datorat fricii de inutilitate, de a rămîne singur, pierderii statutului social anterior. Fără a insista prea mult am vrea să spunem că pentru recuperare, pentru menţinerea ameliorării am insistat în cadrul discuţiei psihoterapice, pe utilitatea unei activităţi în microclimatul familial, pe exercitarea funcţiilor fizice şi psihice, în practicarea unor îndeletniciri : munca în gospodărie, pescuit, grădinărit, preocupări artizanale, munci obşteşti în cartier, lecturi.

Considerăm că folosirea acestor sfaturi în consultul psihiatric este bine venit şi chiar necesar.

CONCLUZII. Neurolepticele Dépôt permit la bolnavii schizofrenici externaţi din spitalele de psihiatrie, menţinerea remisiunii după o cură de întreţinere bine condusă în cadrul servicilor de psihiatrie din Policlinică, sau a Laboratorului de Sănătate Mintală.

Substanţele folosite în ţara noastră flufenazina enantat şi decanoat, precum şi fluanzolul decanoat, ne permit dispensarizarea majorităţii bolnavilor schizofrenici. Avînd în vedere toleranţa individuală bună, indiferent de forma clinică, rezultatele sînt evidente în ceea ce priveşte remisiunea simptomatologiei psihotice mai ales la cazurile recente care au o fenomenologie psihică productivă mai bogată, precum şi la formele cu elemente afective. — Avantajelor neurolepticelor de lungă durată pe care le cunoaştem, verificate şi de noi : clinico-farmacologice, economice, tehnice, experimentale, am putea să le adăugăm aceea a facilitării, readaptării şi reinserţiei sociale durabile. Obţinerea acestui din urmă deziderat, reprezintă cheia întregii activităţi de dispensarizare, criteriu principal de verificare a competenţei echipei terapeutice psihiatrice. Se impune totuşi pe lîngă terapia farmacologică amintită următoarele : captarea familiei în procesul terapeutic prin legătura strînsă care se creiază între medic — pacient — familie, acest lucru presupune că au fost înlăturate fenomene de izolare, de stigmatizare a bolnavului ; apoi familia procură medicamente din vreme şi are grijă să respecte dozele şi distanţa corectă de administrare şi mai departe tot ea încearcă să ajute la reîncadrarea în muncă, deoarece cunoaşte o serie de aspecte concrete ale fostului sau viitorului loc de muncă.

Din studiul nostru rezultă necesitatea stringentă a anchetei sociale sau a altor mijloace indirecte de cunoaştere a bolnavului (contact direct cu membrii colectivului locului de muncă, cu conducerea instituţiei care trebuie să cunoască cîteva aspecte clinice de bază ale acestei boli).

Psihoterapia este de asemenea de un real ajutor şi va fi folosită în toate etapele pe care le parcurge pacientul schizofrenic în drumul lung de la boală spre remisiune bună, de la dependent social la cel de întreţinător de familie. La bolnavii remişi clinic, dar fără a fi integraţi în muncă sau integraţi parţial (gradul III de invaliditate) neurolepticele Dépôt ne-au permis să-i captăm ca împreună cu familia, a folosi eficient timpul liber pentru unele activităţi casnice ; grădinărit, activităţi artizanale, îngrijire de copii, fapt deosebit de important pentru că îi fac conştienţi de utilitatea lor ; în plus, munca îi distrage atenţia de la preocupări hipocondrice, de la acte comportamentale negative.

Efectele secundare ale terapiei de întreţinere observate de noi au fost trecătoare şi au cedat la tratamente cu antiparchinsoniene şi antidepresive, fapt ce impune totuşi ca observaţia clinică să fie menţinută continuu pentru a putea preveni din vreme apariţia lor.

Din evoluţia bolnavilor urmăriţi de noi, trataţi cu neuroleptice Dépôt, reiese că prognosticul bolii este favorabil şi reîncadrarea socio-profesională bună la bolnavi ce au fost dispensarizaţi activ, acest lucru presupunînd că au luat tratamentul permanent, conform prescripţiilor medicului psihiatru.

Rezultatele negative au apărut la bolnavi care nu au făcut tratamentul regulat din diverse motive, principalul factor agravant fiind dezinteresul familiei, iar consecinţa posibilitatea mai redusă de integrare socială.

Neurolepticele Dépôt prezintă un iminent ajutor în munca noastră în sensul unor rezultate deosebite în ameliorarea acestei boli psihice grave.

We give a very clear appreaciation of the evolution off all the psiho-patological phenomenon that have seen in a group of schizofrenic patiens for 4 years, patiens that live and work in Ilfov district, treated with depot neuroleptics.

The dates are taken from the medical sheets of all the external patients knovn in the Ilfov Policlinic. So, it is shown that all the clinical psiho-patological manifestations that have been stored in a questionary imagined by the creators, and then followed less once a year for every patient as well, deliver us accurate indications referring to the level of evolutions of the ilness under neuroleptic treatement. from the total 50 patiens, a number of 45 benefit by ambulator treatment being unnecesarry a kind of internment during this period of time.

All the patiens have been taken by their families and 50 per cent, from their number work in different branches of aotivity.

The recovery of the clinical manifestations improves their relationsships with the social proffesional value of the patient. The authors consider that depot neuroleptics have the all known clinical-pharmacological technical, economical and experimental advantages and even advantages in the way of redeeming and of resocialization in activity and this fact imposes the continue treatement.

TERAPIE PSIHOTROPA ȘI RECUPERARE ÎN AFECȚIUNI SOMATO-PSIHICE

I. Lenghel
— *Sighetu Marmației*

Problematica acestei lucrări își propune să reliefeze cîteva aspecte ale terapiei psihotrope la acei bolnav icare avînd inițial o hepatopatie cronică au prezentat și modificări psihopatologice.

Abordarea acestei tematici o motivăm deoarece : — tulburările psihopatologice care acompaniază hepatopatiile cronice, ocupă un loc important în perioada analizată ; — pentru că parcurgînd literatura reiese penuria cu care este relevată terapia modificărilor psihopatologice în hepatopatiile cronice.

Făcînd cîteva precizări, în acest context, putem spune că persoana este o existență bio-psiho-socială.

Boala trebuie privită cel puțin în egală măsură și din unghiul de incidență al psihologiei bolnavului. Aceasta deoarece din legătura indisolubilă a fizicului cu psihicul, creerul deținînd locul central, menține și realizează unitatea cu mediul.

Deci același organ, angajat în contextul relațiilor cu alte organe, este o realitate corporală anatomo-fiziologică, iar angajat în structura relației cu lumea, cu ambianța, participă la o trăire psihică, adică exercită o funcție psihică.

Privite fenomenele în acest unghi se observă angajarea unui organ, a unui aparat (exemplu ap. digestiv) la un sistem relațional mai vast, individ-lume. Totodată printr-un anumit exercițiu (training autogen, poga), omul poate comanda apartul său digestiv etc, existînd astfel dominația asupra sistemelor organice mai închise și relativ autonome. Aceasta contribuind astfel la realizarea echilibrului persoanei cu lumea dinafară.

Am trecut în revistă cîteva considerente privind unitatea organism-mediu, acest „dublu sens“ de comunicare, de interdependență dintre fizic și psihic, pentru o comprehensiune adecvată a terapiei modificărilor psiho patologice ce acompaniază hepatopatiile cronice, observate pe o statistică de cinci ani, utilizînd foile de observație a bolnavilor cu hepatopatii cronice internați între anii 1972—1976 la serviciile de interne, psihiatrie, terapie intensivă a Spitalului Municipal Sighetu Marmației.

Au fost analizate 310 foi de observație a bolnavilor cu hepatopatii cronice, obținînd următoarele date : — femei 85, bărbați 225, rural 106, urban 204, sub 30 de ani = 26, între 31—40 ani = 59, între 41—50 ani = 88, între 51—60 ani = 77, restul peste 60 ani.

După criterii etiopatogenetice : 87 post hepatită virotică, 46 = hepatite cronice de origine alcoolică, 91 = cu etilogie plurifactorială (hepatită ac. virotică, alcoolism ,etc.), ciroză = 86.

Menționăm că în medie 8 pe an s-au internat cu encefalopatie hepatică.

Terapia biologică folosită a fost chimioterapia. La administrarea medicației (felul preparatului, doza, etc.) s-a luat în considerare evoluția, tabloului clinic psihopatologic. De aceea am menționa că, deoarece în hepatitele cr. există „posibilitatea unor modificări dinamice în orice sens“ (1) am observat că și tulburările psihopatologice care le acompaniază sînt oscilant variabile ca intensitate chiar la același bolnav.

Am formulat astfel trei grupe : 1. manifestări de aspect nevrotiform, 2. tulburări psihice în encefalopatia hepatică, 3. modificări caracteristice personalității hepaticului.

Dificultatea tratării modificărilor psihopatologice ce acompaniază hepatopatiile cronice constă în faptul că marea majoritate a neurolepticelor am putea spune chiar psihotropelor, sînt contraindicate datorită afecțiunii de bază.

Filtrul hepatic avînd o funcționalitate deficitară, se produce o intoxicație endogenă printr-un metabolism azotat tulburat mai ales datorită hiperamoniemiei. Aceste modificări contribuie la declanșarea encefalopatiei hepatice. (14). De aceea, medicația biologică folosită va trebui să fie cît mai puțin nocivă.

S-au folosit, dintre preparatele disponibile psihotropele care nu sînt contraindicate (contra indicație majoră).

Dintre tranchilizante : Rudotelul în doze de 20—30 mg. zi, hidroxizinul 50—200 mg. zi, diazepamul în doze de 10—16 mg. zi.

Dintre neurotonice : enerbolul în doze de 200—300 mg. zi, meclafenoxanul 200 mg. — 2 gr. zi, crelizin 1 fiolă zi i.m.

La acelaș bolnav, doza a oscilat în funcție de intensitatea modificărilor psihopatologice.

La același bolnav, doza a oscilat în funcție de intens-a avut în vedere stabilirea unor relații optime medic-pacient-medicament-mediu familial și socio-cultural (11).

Se poate conchide despre tematica abordată cu următoarele precizări : — în terapia modificărilor psihopatologice ce acompaniază hepatopatiile cronice, n-am folosit tratamentele biologice speciale ci numai chimioterapia ; — dintre neurolepticele disponibile n-am folosit nici unul datorită contraindicațiilor în afecțiunea de bază, în schimb am folosit tranchilizantele și neurotonicele, rezultatele fiind bune și mulțumitoare ; — deoarece modificările psihopatologice în hepatopatiile cronice, sînt ascilant variabile la același bolnav, a oscilat și doza de psihotrop folosită ; — pentru a fi în ton cu actualitatea, e bine să vedem omul bolnav și de pe poziția psiho-somatică, ce acordă un nou sens de cercetare în perspectivă, un alt mod de abordare a bolnavului ; — terapia tulburărilor psihopatologice din hepatopatiile cronice ne oferă prilejul de a privi bolnavul dintr-o perspectivă tridimensională și anume bio-psiho-socială.

This paper refers to the clinical results of the psihicothrope therapy in our hospital in the period between 1972—1976 at a number of 310 patients who having a

chronic hepatitis at the beginning, they presented pshyco-pathologic modification.

The utilized medicines werw easy ones (rudotel, hidroxin which had no serious contra indication in chronic hepatitis and easy neurothonics (enerbol, meclofenoxat).

The utilized dosages were in accordance with the intensity of pshychopathological modifications.

We did not use neurolepthics and special biological treatment.

The dosages were associated with the medicines given for hepatitis.

The obtained results werw good and satisfactory.

UN MODEL DECIZIONAL-EURISTIC AL PROCESULUI TERAPEUTIC PRIN MODELAREA ÎN „MULȚIMI FUZZY“

Tatiana Dorofte, D. Butnaru, I. Dorofte
— Iași

Una din criticile cele mai insistente care se aduc în general psihoterapiei (unele din acestea mergînd chiar la punerea brutală sub semnul întrebării a statu quo-ului terapiei psihice) este aceea a lipsei unei dezvoltări teoretice riguroase și a validărilor empirice experimentale. Or, vina pentru această stare de fapt nu poate fi atribuită numai unui indiscutabil fenomen de „respingere psihologică“ a metodologiilor ce amintesc de disciplinile exacte, respingtre de multe ori subiectivă etalată uneori cu superioritate ca specificitate intangibilă a unui domeniu mult prea complex „pentru a putea fi pus în formule“ de către psihoterapeuți și psihiatri, fie ei practicieni sau teoreticieni, ci, această vină va trebui pusă măcar parțial în sarcina unei impotențe și inadecvări a dispozitivului matematic clasic de a transcede în lumea fenomenelor psihice.

Căci trebuie să începem prin a recunoaște că cu oricîtă bunăvoință sau, în termeni regerieni, „încurajare și încredere necondiționată“, am privi acest domeniu, concluzia realistă va fi în mod inevitabil aceea că eforturile respective, meritorii ca orientare, nu fac decît să sublinieze incompatibilitatea principială dintre caracterul riguros și intranșabil al conceptelor și operațiilor logico-matematice și tipul de legături, în mod intrinsec ambigui și fluctuante, care caracterizează dinamica proceselor socioumane. Și trebuie să subliniem de la început că această „stare de indeterminare“ nu e, așa cum s-a crezut în mod greșit o perioadă, rezultanta nedorită a imperfecțiunii instrumentelor de analiză și măsură, lipsă ce ar putea fi compensată treptat prin eforturi suplimentare ci, dimpotrivă, este o reflectare corectă a naturii însăși a fenomenelor respective. Iar soluția nu poate fi decît aceea a construirii unui aparat matematic mai suplu și deci mai adecvat unui astfel de gen de probleme.

Prima breșă produsă în eșafodajul teoriilor clasice o datorăm profesorului L. A. Zadeh de la Universitatea Berkeley din California care a formulat primul așa numitul principiu al incompatibilității conform căruia pe măsură ce complexitatea unui sistem crește, abilitatea de a face afirmații precise și semnificative despre acesta scade într-o măsură care face la un moment dat ca abordările pur cantitative să devină insuficiente sau chiar inutile. Or, domeniul psihicului uman normal sau patologic, este prin excelență al maximei complexități. Pentru a respecta caracteristicile procesului real a fost necesară introducerea unor noi concepte ce definesc o nouă logică și matematică „inexactă“ a căror noțiuni fundamentale sînt cele de mulțimi „vagi“ sau „fuzzi“ și relații „nuanțate“.

Termenul de mulțime nuanțată, pe care îl preferăm celuia de mulțimi „vagi“ folosit de mulți autori, a fost introdus în literatura de specialitate românească de către Grigore C. Moisil. Ceea ce diferențiază noul cadru teoretic de logica clasică, bivalentă, este înțelesul atribuit relației de „apartenență“ la o mulțime : în acest ultim caz un element oarecare X nu mai este descris ca aparținînd sau nu unei mulțimi oarecare E ci afirmația respectivă își pierde rigurozitatea ei implacabilă (formală însă căci în practică nu întîlnim decît rareori diferențieri și distincții atît de tranșante) pentru a admite proprietatea că elementul respectiv poate fi conținut într-un grad mai mare sau mai mic în mulțimea considerată .Această erezie curajoasă operată în cîmpul științei clasice nu este decît o recunoaștere fortuită a faptului că datele empirice cu care lucrăm sînt în mod funciar supuse unui pronunțat risc de eroare de măsurătoare, și, de aceea, matematica nuanțată asociază cifrelor obținute prin măsurătoare și un coeficient de credibilitate pe care cel care face aprecierea respectivă îl atribuie datelor obținute. Căci, s-a constatat fără echivoc, în zadar prelucrăm pe calculator cu sute de mii de operații pe secundă și în mod cît se poate de riguros date cu o precizie de multe ori fluctuantă sau chiar grosieră „ab initio“. Or matematica „fuzzi“, mai suplă. permite valorificarea maximă a informațiilor furnizate de cercetarea empirică.

În cazul particular al psihiatriei să ne referim la culegerea de informații de la pacient în scopul diagnozei și prescrierii tratamentului. Fie că este preferată o explorare clinică neformalizată, fie că este preferat un chestionar standardizat de autodescriere, terapeutul va solicita răspunsuri de la bolnav la întrebări de felul următor : În ultima perioadă ați resimțit simptomul X ?... deseori ; 2. rar ; 3. de loc ; sau vă considerați un om curajos ?... 1. da ; 3. individual în cauză, 2.u un om curajos ?... 1. da ; 2. nu ; etc. Dar individul în cauză, în ciuda faptului că va bifa una din alternative creînd astfel impresia unei autoevaluări precise, este în realitate în majoritatea cazurilor plin de dubii cînd face o astfel de afirmaţie, neputînd să se hotărască decît greu căci din punct de vedere personal variantele prezentate nu se exclud întrutotul ci îi apar ca adevărate simultan într-o măsură mai mică sau mai mare. Tocmai de aceea un progres metodologic important l-ar constitui introducerea solicitării ca în locul unor opţiuni ferme subiectul să noteze cu un coeficient de pondere cuprins între 0 şi 1 măsura subiectivă a certitudinii cu care face fiecare afirmaţie. În mod firesc la întrebarea dacă a avut sau nu dureri de cap răspunsul va fi cotat cu o cifră apropiată de 1, în timp ce la aceea dacă e curajos sau nu gradul de certitudine ar putea fi apreciat de persoana în cauză cu 0,70 pentru varianta afirmativă şi 0,50 pentru negaţie. Observăm că respectînd logica subiectivă, metodologia nu impune subiectului să se supună canoanelor logicii formale bivalente care operînd cu o separare absolută între valorile de adevăr sau fals ale unei afirmaţii ar fi impus cu necesitate ca suma probabilităţilor alteranativelor independente să dea întregul. Pentru subiectul uman „în carne şi oase", şi cu atît mai mult pentru o persoană nevrotică, liniile de democraţie şi interferenţă între senzaţii, percepţii, atitudini şi convingeri nu sînt niciodată atît de tranşante ca cele din teoria logicii şi matematicii clasice ci dimpotrivă sînt izomorfe unei logici şi relaţii de apartenenţă *nuanţate,* logică multivalentă care în ultimii ani a cunoscut o dezvoltare suficientă pentru a deveni deja un preţios instrument de analiză şi sinteză în multe domenii ale cercetării empirice.

Din această perspectivă putem acum explica uşor insatisfacţiile ce au însoţit în general încercările de introducere a metodelor cantitative în clinică. Mai mult, pornind de la aceste cuceriri recente ale gîndirii moderne putem avansa mai lesnicios în încercarea de a modela matematic procesul diagnozei şi terapiei propriu-zise, ceea ce ar permite acordarea de asistenţă computerizată a acestor două activităţi umane de maximă complexitate şi importanţă. În continuare, un exemplu-prolegomenă la o cercetare mai amplă, finalizată deja prin modelare pe calculator pe care autorii prezentului articol o întreprind.

În primul rînd menţionăm că principalul cadru teoretic în această încercare îl constituie *teoria jocurilor,* dar nu cea clasică fundamentată de John von Naumann şi Oscar Morgenstern, ci teoria matematică a jocurilor nuanţate, mai nouă şi încă în curs de elaborare. În acest sens, diferit desigur de sensul din vorbirea curentă a acestui termen, vom considera cuplul pacient-terapeut drept *jucători* iar procesul terapiei şi diagnozei drept *joc.* Din punct de vedere matematic, acest proces al schimburilor de informaţii între cei doi participanţi (ne limităm deocamdată la această situaţie bipolară) poate fi descris în felul următor :

— Mulţimea {1, 2} a participanţilor la terapie (1 = medicul ; 2 = pacientul).

— Pentru fiecare participant k {1, 2} există o mulţime obişnuită Y a posibilităţilor individuale de alegere a jucătorului k ;

— Pentru fiecare k {1, 2}, p {1, 2} — k şi w Y se cunoaşte o mulţime nuanţată E , pL (Y) care descrie mulţimea alegerilor regulamentare posibile ale lui k, în cazul în care jucătorul p ar efectua alegerea w Y ; E p (w) este gradul de posibilitate a lui W în cazul în care w este alternativa aleasă de jucătorul p ;

— Schimbările de informaţii dintre cei doi jucători se fac şi privitor sau în direcţia comportamentului fiecăruia din ei, delimitînd în Y o mulţime nuanţată A , unde A (w) este gradul de credibilitate pe care jucătorul p îl acordă informaţiilor ce specifică pe w drept alegerea viitoare pe care o va face jucătorul k. Şi aşa mai departe...

Ajunşi aici cu încercarea de formalizare observăm că am reuşit să modelăm procesul diagnozei şi psihoterapiei în mod izomorfic modelelor matematice descrise în literatură şi să beneficiem în acest fel de optimizările pe care prelucrarea logic-informaţională le permite. Din punctul de vedere care ne interesează reţinem teorema deja demonstrată că soluţia optimă a unui astfel de tip de probleme nu e întotdeauna intuitivă ci, cel mai adesea, nu va apare decît prin prelucrarea pe calculator a datelor de care dispunem coroborate cu informaţiile enorme pe care calculatorul le are înregistrate în memoria electronică. Or, nimic nu ne împiedică să fim convinşi că în viitorul *destul* de apropiat (folosim intenţionat această formulare *nuanţată)* diagnoza şi psihoterapia nu vor beneficia de cel mai revoluţionar instrument inventat de om după apariţia roţii, şi anume *calculatorul.*

SPECIFICUL INTERVENŢIEI PSIHOTERAPEUTICE ÎN ORIENTAREA NONDIRECTIVĂ

Tatiana Dorofte
— *Iaşi*

Încadrată de H. F. Ellenberger în categoria psihoterapiilor raţionale, terapeutica non-directivă a lui Carl Rogers se instituie ca un original sistem teoretic şi aplicativ, susceptibil de prelungiri în orice domeniu al schimbării psihosociale.

Postulatul fundamental al orientării nondirective, ce are implicaţii semnificative asupra procesului psihoterapeutic, promovează capacitatea individului de a se autodirecţiona, de a trata în mod constructiv toate aspectele vieţii psihice ce-i parvin în cîmpul conştiinţei.

In mod simetric, procesul fundamental ce caracterizează intenția terapeutică a metodei non-directive vizează conștientizarea de către subiect, prin intermediul relației terapeutice, a propriilor resurse, de care va putea beneficia ulterior în mod constructiv. Modelul rogersian al intervenției psihoterapeutice respinge concepția terapeutului autoritar, atotcunoscător și a subiectului pasiv care nu trebuie decît să urmeze indicațiile terapeutului.

O piedică importantă în calea dezvoltării indivizilor spre maturitate, observă Rogers, o reprezintă situațiile care întrețin dependența afectivă. Cei ce solicită ajutor prin psihoterapie sînt oameni ce s-au format într-un sistem de relații interpersonale întemeiate pe dependență. Punctul de plecare al concepției rogersiene în psihoterapie îl va constitui constatarea că în activitățile umane în care se adoptă atitudini directive sînt acordate facilități imediate, dar rezolvarea dificultăților viitoare nu este, prin aceasta, decît îngreuiată. Situațiile în care predomină decizia, ordinul, sfatul, sugestia, sînt comportamente directive care au tendința de a mări dependența afectivă a interlocutorului. Ele ocazionează comportamente ce frînează independența și responsabilitatea. Cel care solicită ajutorul în rezolvarea unei probleme va fi înclinat, după regula cercului vicios, să-l ceară în continuare ori de cîte ori i se ivește o problemă. Cînd va trebui să înfrunte dificultăți mari, el nu va fi capabil de a le depăși.

Eșecul terapiei, consideră Rogers, este adeseori consecința unui comportament directiv, care în ciuda bunăvoinței terapeutului, menține subiectul într-o stare de dependență. Substituindu-se pacientului, „actind" în locul lui, terapeutul nu favorizează, ci împiedică dezvoltarea spre maturitate și autonomie a acestuia. Metodele care întrețin dependența, chiar dacă par provizoriu reușite, se opun dezvoltării autentice a individului, observă în același sens Charles Curron.

Pentru a înlătura riscul apariției structurilor de dependență, Rogers a avut ideea de a construi o relație terapeutică, în care subiectul nu este înlocuit în nici o determinare, dimpotrivă, este ajutat să descopere propriile resurse prin încrederea manifestată, printr-o prezență reală, prin care se refuză tentațiile facilitării. Subiectul este cel care trebuie să găsească răspunsuri și să decidă asupra direcției pe care trebuie să o urmeze. Aceasta presupune că „locus directionis" sau locul de direcție al relației este deplasat de la terapeut, la care era fixat în mod tradițional, la subiect. Psihoterapia trebuie să permită subiectului de a-și soluționa *el-însuși* conflictele și indeciziile prin priza de conștiință, ce antrenează maturarea și organizarea deciziilor sale personale. Terapeutul nu este decît „oglinda vie" sau alter-ego-ul subiectului ; cel a cărui prezență comprehensivă îi va permite să-și dea seama de el însuși. Deci, nu numai „locus directionis" este deplasat, ci și *„locus evaluationis"*.

Efortul lui Rogers este îndreptat spre construirea unei metode de consultație psihologică, care „să neutralizeze cît mai mult cu putință ecuația personală și puterea de sugestie a terapeutului și care să substituie atitudinii clasice de bunăvoință prudentă o atitudine de comprehensiune".

Așadar, soluția găsită de Rogers pentru înfăptuirea procesului psihoterapeutic a fost de a înlătura influența terapeutului asupra subiectului. Interacțiunea devine, după cum s-a putut observa, un fel de dialog cu o oglindă vie, cu tine însuți, deci.

Astfel, ajunge să precizeze și să definească o metodă terapeutică care să prevină tendința de a dirija, de a influența și care să ducă la eșec orice încercare de dependență — metodă pe care a început prin a o numi non-directivă, apoi „centrată pe subiect". Se observă în această atitudine non-directivă o serie de postulate.

In primul rînd, relația de ajutor vizează să atingă o mai mare integrare a individului, mai degrabă decît a spera că asemenea rezultate vor fi obținute prin rezolvarea unei probleme. „Individul nu este un vagon de muniții, ci un fusil". Scopul psihoterapiei nu este de a rezolva o problemă particulară, ci de a ajuta individul să se dezvolte, astfel încît să fie stăpîn pe situațiile ulterioare, să fie responsabil de alegerile și deciziile sale. Non-directiv în intervențiile și atitudinea sa, psihologul va fi non-directiv și în raprort cu problema ce se pune subiectului. Această idee decurge din concepția rogersiană asupra personalității : subiectul posedă el-însuși toate mijloacele pentru a alege, pentru a decide, pentru a progresa spre mai multă libertate, pentru a se maturiza. El are potențial, competența necesară soluționării problemelor sale.

In al doilea rînd, în relația non-directivă nu trecutul este important, ci actualizarea în prezent. Remarcăm în acest punct o importantă diferență între metoda psihoanalitică și cea non-directivă. Demersul psihanalitic, în psihoterapie, urmărește evocarea de către subiect a experiențelor infantile ale trecutului, care sînt presupuse a fi sursa nevrozei actuale. Povestindu-le, acesta se va elibera de ele, prin proiectarea lor asupra terapeutului în cadrul fenomenului de transfer. Mobilul psihanalistului va fi, deci, favorizarea acestui caracter, ce reprezintă însuși resortul terapiei. Rogers va opta pentru înlăturarea transferului, considerîndu-l ca o atitudine de facilitare ce întreține dependența afectivă a subiectului față de terapeut și, în consecință, antrenează infantilismul, non-dezvoltarea persoanei. Chiar dacă apare uneori în psihoterapie, va fi tratat după principiile metodei non-directive, ca orice altă tentativă a subiectului de a se pune în situația de dependență față de terapeut ; adică, îi va fi „reflectat" înapoi subiectului.

ROLUL LSM ÎN RECUPERAREA BOLNAVILOR SCHIZOFRENI PARTICULARITĂȚI, REZULTATE

St. Rîndașu, Aurelia Sîrbu, T. Neamțu
— *Cluj-Napoca*

Schizofrenia rămîne una din bolile cu statut de prioritate în cercetarea psihiatrică datorită atît morbidității relativ ridicate, cît și potențialului ei natural de evoluție spre cronicizare.

Etiopatogeneza, încă obscură, cu multe semne de întrebare și incertitudini a întîrziat — desigur — nu numai închegarea unui concept teoretic unitar, ci și „etalonarea" unei metodologii terapeutice corespunzătoare.

Ultimele decenii, aduc cîteva clasificări și discuții noi de cercetare, în special enzimologice, dar și sociologice, care privite și interpretate sicretic, într-un context larg, tridimensional, bio-psiho-social, par să ofere argumentele necesare înțelegerii mecanismelor complexe ale bolii.

Pînă la atingerea acestui obiectiv-practica psihiatrică a beneficiat de unele progrese realizate în terapeutică. Terapia electroconvulsivantă (Bini și Cerletti), cura insulinică (Sakel) și mai ales medicația psihotropă le putem considera ca etape sau momente de referință în tratamentul schizofreniei. Semnificația deosebită are medicația psihotropă, care — prin ceea ce astăzi numim psihofarmacologie — se integrează, se corelează intim într-un proces de interdisciplinaritate logică cu cercetarea metabolismului aminelor cerebrale, contribuind astfel la fundamentarea teoriei biochimice a schizofreniei.

Ținînd seama de implicațiile medico-sociale ale bolii, de noul sistem de organizare psihiatrică și bazați pe actualele posibilități de asistență de profil, am încercat să elaborăm o metodologie de tratament și recuperare accesibilă în condițiile noastre.

MATERIAL ȘI METODE. Am urmărit un număr de 300 bolnavi schizofreni dispensarizați în ultimii cinci ani proveniți din municipiul Cluj-Napoca și comunele suburbane. Protocolul de cercetare cuprinde o serie de repere *personale* sex, vîrsta, stare civilă, profesiune, *clinice* vechimea bolii, forma clinică, tratament, evoluție și *medico-sociale* și *profesionale* ce vizau posibilitățile și tipul de recuperare și reabilitare în raport cu toți factorii, luați ca indicatori, insistînd asupra aspectelor familiale, profesionale și sociale.

La cercetare a colaborat un număr mai mare de psihiatri din clinică și LSM (adică toți medicii psihiatri din cabinetele de policlinică) psihologii și chiar unii medici de întreprindere, precum și un mic colectiv de studenți.

Consemnarea și interpretarea datelor clinice, socio-profesionale și familiale s-a făcut conform unui protocol de cercetare unic. Trebuie să subliniem faptul că această lucrare a constituit una din temele de cercetare a disciplinei de psihiatrie, iar colectivul mai larg, angajat în această activitate a prezentat rezultatele obținute în cei cinci ani, pe etape — la diferite sesiuni USSM locale.

În prezenta comunicare, nu dorim decît să notăm și să comentăm cîteva din rezultatele obținute care ni s-au părut de oarecare interes mai general și de altfel cunoscute.

Morbiditatea este mai mare între 17—35 ani (peste 65%) deci afectează perioada de viață a adultului tînăr. În felul acesta boala poate implica — evident atunci cînd nu este corect tratată fie dezvoltarea, fie realizarea socio-profesională și familială a individului. Este un motiv în plus pentru depistarea precoce și tratament activ și susținut de la început.

Din punct de vedere clinic, forma paranoidă este cea mai frecventă (75% cazuri) apoi urmează în ordine descrescîndă forma simplă, hebefreno-catatonică și grefată.

Din totalul bolnavilor, aproape jumătate (44,3%) sînt cronici cu o evoluție de peste 10 ani. Deși activitatea de depistare s-a ameliorat, iar tratamentul în contextul dispensarizării este și el mai eficient, totuși semnalăm tendința de creștere a numărului de schizofreni cronici. Acest fapt se explică — credem noi — prin imposibilitatea surprinderii precoce în totalitate a debutului de schizofrenie (mai ales cele atipice), precum și ratei naturale de eșec și cronicizare. Se știe că, în pofida tratamentelor aplicate, un număr de bolnavi nu „răspund" favorabil. Nu este mai puțin adevărat faptul că în unele cazuri insuficiența tratamentului — prin frecvente întreruperi — abuzul de alcool, și alți factori favorizează evoluția spre cronicizare. Aceasta, la rîndul ei, scade eficacitatea terapiei aplicate, realizîndu-se un veritabil cerc vicios. Cît privește consumul băuturilor alcoolice, din cercetarea noastră rezultă că 13% din bolnavi folosesc aceste băuturi într-o măsură destul de mare, uneori decompensîndu-se grav, necesitînd internarea în clinică.

Din punct de vedere al tratamentului, ne-am axat pe extinderea medicației depôt (Moditen, Modecate, Fluanxol, Lyogen) obținînd rezultate bune în marea majoritate a cazurilor. Efectele secundare cunoscute au fost relativ puține, pe unele le-am corectat administrînd la început 1/2 fiolă sau schimbînd psihotropul.

Evoluția a fost favorabilă, obținîndu-se ameliorări bune și foarte bune în 42% cazuri (reluarea activității, bună inserție socială, etc). Rezultatele au fost determinate în mare măsură de consecvența cu care s-a aplicat tratamentul (1—3 ani), de forma clinică (rezultate mai bune în forma paranoidă), de vechimea bolii (debuturile mai bine influențate) și de colaborarea reală a familiei și colectivului de muncă. Tratamentul nu s-a rezumat la administrarea psihotropelor, ci a inclus diferite tehnici psihoterapice și de terapie ocupațională.

Un element foarte important în obținerea de rezultate pozitive este cointeresarea familiei în aplicarea strategiei terapeutice și mai ales în crearea ambianței psihoterapeutice cu valoare securizantă. Într-adevăr, acolo unde acest lucru s-a putut realiza, rezultatele au fost — comparativ cu celelalte — evident mai bune și mai durabile. Un spor de eficacitate îl determină posibilitatea asigurării unui loc de muncă potrivit, eventual — la început „protejat“ — în care bolnavul să poată face faţă, cîştigînd în felul acesta încredere în forţele şi capacităţile reale de a fi un membru util societăţii.

In this study there are treated some of the recover and resocialization principles of schizopfrenic patients. Starting ning the schizopherenic patients we could reveal some general observation. This, it is ISM, that is the most adequate establislment for the work in recover and medico-social reabilitation. The complex and multiple treatment, in which both chimiotherapy and the methods of pshychotherapy, specially of the group, prevail, is the premise we started from. The esential elements of a correct therapeutic conduct are both the creation of a safe enviramment in the estabilishment and family, for the schizophrenic patients, stimulating them in varians activities, examining them periodicolly and ladjusting“ their treatment, and the gradual attract to work, considering their possibilities. Out of this context we thiuk we should underlin as pozitive elements : a) the utility and efficacy of depot medication, specially in the ambulatory assistance, b) the family's particularly impatance in the recover progress of the schizophrenic patient ; c) the drawing in of the collectivity of wakers in providing the corresponding climat, also increase the efficacy of the recovery act ; d) the guiding and reguiding must be done having in view the psychometric examinations as well as the chimical and sociological ones, in comparison with the real possibilities of the patient.

CONSIDERAŢII PRIVIND UNELE INTERFERENŢE ÎNTRE MEDICINA MUNCII ŞI LABORATORUL DE SĂNĂTATE MINTALĂ

T. Frîncu, N. Lăzărescu, Stela Faur
— *Arad*

Modificările permanente ale procesului de producţie cu intervenţii de noi procedee, tehnologice în ritmuri de modernizare, relevă o frecvenţă vizibilă a fenomenului nevrotic la nivel de întreprindere, cu o etiologie bipolară manifestată prin : — intoleranţă la noxele mediului industrial cu efect de disincronizare a ritmului bio-psihic la ritmul productiv şi perturbarea spaţiului interrelaţional manifestat prin conflicte cu şefii, partenerii şi anturajul profesional.

Printr-un proces de informare psihiatrică constatăm că : Medicina Muncii e competentă în materie de depistare şi prevenirea bolilor profesionale la nivel de întreprindere şi în cadrul examenului medical de angajare şi a examenelor medicale periodice, care în baza unui test, pot stabili gradul de intoleranţă la procesul producţiei. Capitolul 9 şi 24 din Medicina Muncii, se raportează numai la nevrozele de coordonare şi psihoze — fenomenul nevrotic însă, luat în constelaţia lui bio-psihică şi socio-productivă, nu este dezbătut ca principiu s-au ca metodologie. De aceea am conceput în cadrul examenului clinic şi de laborator a Medicinii Muncii să se integreze şi examenul psihiatric privind prevenirea, depistarea şi recuperarea nevrozei. In cadrul examenului medical de angajare, examenul psihiatric va consemna cazurile cu tentă simptomatologică şi posibilităţile de declanşare a nevrozei în condiţiile producţiei industriale, propunînd un control de urmărire şi verificare a evoluţiei sau stagnării fenomenului prin, programare şi reexaminare în etape în cadrul examenului psihiatric şi al Medicinii Muncii.

Examenele medicale periodice — clinice şi de laborator de la nivelul Medicinii Muncii privind relaţia, om—producţie, vor fi avantajate în problematica bolilor profesionale prin completarea lor cu examenul psihiatric, privind depistarea precoce a nevrozelor la nivel de întreprindere. Metodologia de examinare va urmări reacţiile de adaptare şi dezadaptare — „in vivo“ (prin informare la mediul, extern al producţiei) şi „in vitro“ (în cadrul profesional, prin organele de control al procesului tehnologic) în scopul stabilirii cauzalităţii intoleranţei la noxele mediului industrial generatoare de nevroză. Prin confruntarea examenului clinic al Medicinei Muncii cu examenul psihiatric, privind dezadaptarea, se va stabili diagnosticul de competenţă psihiatrică. In cazul nevrozei — ca intoleranţă la noxele de intoxicare a mediului industrial, psihiatrul va preciza faza de debut s-au cronicizare a nevrozei în baza testelor de examinare a Medicinii Muncii, cît şi intoleranţa la procesul producţiei în variantele de sub şi supraefort, echilibrul bio-psiho-social şi coeficientul conflictual. Calitatea şi durata adaptării la procesul de producţie, gradul de inserţie socială cu diminuarea productivităţii şi absenteismul. Psihoprofilaxia primară a nevrozei la nivel de întreprindere în acest context, intervine printr-o acţiune comună de depistare a nevrozelor primare prin testarea la angajare, examenul medical periodic al Medicinii Muncii şi a examenului psihiatric care stabileşte diagnosticul şi strategia profilactico-terapeutică. Combaterea nevrozei se realizează psihiatric prin controale de verificare a acomodării ritmului bio-psihic personal la ritmul producţiei, a adaptabilităţii la procesul productiv şi a noxelor industriale. Psihiatrul va aprecia stadiul de debut s-au restructurare a nevrozei în baza examenului clinic al Medicinii Muncii care prin test stabileşte noxa care afectează nevrozant individul şi va decide strategia preventivă sau curativă cu instituirea unui tratament medical şi procedee de recuperare bio-psiho-sociale, ambulatorii, prin dispensarizare, sau spitalizare. Psihiatrul în colaborare cu medicina muncii, va decide : apt pentru muncă, apt pentru o anumită muncă, capacitate de muncă limitată, provizorie sau definitivă, schimbarea locului de muncă în variantele : provizoriu sau definitiv. Recalificare, întreruperea muncii, provizoriu sau definitiv. Intervenția echipei Laborator de Sănătate Mintală (psiholog, sociolog, asistente medicale) va acționa dirijată psihiatric avînd dreyt obiectiv, daptarea interrelațională a nevroticului, din întreprindere prin consiliere, concretizată în conversații dinamogene de susținere și sugestie cu implicații practice de rezolvare și stimularea relațiilor de simpatie și înțelegere. Argumentări terapeutice rezonabile care să respecte preferințe și să ducă la acceptarea situației prin convingere. Trebuiesc evitate intervențiile legate direct de focar și impulsionate modalitățile de acomodare la procesul muncii în funcție de potențialul productiv, ambianță fizică și relațională a întreprinderii.

The actional manner is realised in the relation betwen mental health laboratory and work medicine conducted psychiatrical with the view of primary psyhoprophylaxis.

The authors appreciates the value of this concept, as a priphylactic to the structuration of the neurosis by efficient accomodation methodology to the professional activity and integration in the interrelational space.

UN CRITERIU OBIECTIV ÎN EVALUAREA EVOLUȚIEI GRUPULUI PSIHOTERAPEUTIC

M. Gașpar, Tatiana Dorofte
— Iași

Considerînd sociabilizarea ca o „structurare la care individul participă în aceeași măsură în care o primește" (J. Piaget), iar inadaptarea ca o „limitare a sociabilității" (E. J. Anthony) se poate reconsidera conceptul de „psihoterapie de grup" în termeni de participare. Demersul psihoterapeutic ne apare în această accepție ca o tentativă de resocializare pe care membrii grupului o primesc în măsura în care ei înșiși participă, autoimplicîndu-se în procesul spontan al interacțiunii grupului. Regăsim în această formulare unul din enunțurile fundamentale ale dialecticii după care un anumit prag de acumulări cantitative antrenează o schimbare calitativă. Cu alte cuvinte, cu cît participarea membrilor grupului va spori, în sensul creșterii nivelului de angajare individuală în interacțiune, cu atît restructurarea terapeutică devine mai probabilă. În această perspectivă, eficiența acțiunii restructurante a grupului ar putea fi evaluată prin analiza cantitativă a evoluției participărilor individuale la interacțiunea verbală a grupului în raport cu nivelul mediu de participare.

Ipoteza noastră este că un grup constituit în scop terapeutic va evolua favorabil în măsura în care vom asista la omogenizarea progresivă a numărului intervențiilor individuale în jurul mediei intervențiilor emise pe ansamblul grupului (exclusiv intervențiile animatorului) În acest sens, funcționarea grupului ca „agent terapeutic prin sine" presupune în mod necesar atingerea unui anumit consens în organizarea sa interioară, exprimat statistic printr-un prag de abatere medie dincolo de care participarea individuală devine nesemnificativă sub aspect terapeutic.

Date metodologice. Avînd în vedere că una din condițiile esențiale în asigurarea evoluției favorabile a demersului psihoterapeutic rezidă în respectarea de către animator a principiilor privind constituirea artificială și funcționarea grupului, vom începe prin a prezenta cîteva date preliminare vizînd acești parametri :

Compoziția grupului : grupul psihoterapeutic luat în studiu a fost constituit din 7 adolescenți cu risc de eșec adaptativ-integrativ provenind din 7 licee din municipiul Iași.

Alături de animator a participat în mod permanent și un observator avînd sarcina de a înregistra integral profilul activității verbale desfășurate în grup.

O atenție deosebită am acordat-o condițiilor comune de omogenizare a grupului :

— vîrsta 17—18 ani
— nivelul mintal mediu și mediu-ridicat
— nivel socio-cultural mediu

În ceea ce privește „asortarea" tipurilor de personalitate a participanților om optat pentru utilizarea situației grupului ca test, lăsîndu-i astfel posibilitatea de a-și realiza propria sa selecție.

Reuniunile grupului aveau loc odată pe săptămînă, timp de 1 h 30'.

Referitor la aspectele de conținut și de procedură, am adaptat principiul nondirecționismului (C. Rogers) constînd în interferența minimă a animatorului atît în orientarea planului tematic al grupului cît și în sensul influențării stilului și ritmului de participare individuală.

Avînd în vedere importanța deosebită a primelor contacte în desfășurarea ulterioară a interacțiunii, preocuparea esențială a animatorului a fost de a facilita comunicarea interpersonală în scopul sporirii autenticității mesajelor vehiculate în grup. În funcție de prelucrarea și integrarea acestor mesaje, grupul își fixează limitele propriilor sale comunicări, procedînd printr-o echilibrare treptată a participărilor membrilor săi în sensul ameliorării abaterilor individuale de la tendința centrală a grupului. Menționăm totodată și alternativa excluderii de către grup a unor membri a căror abatere, deși supusă mecanismelor corective specifice interacţiunii grupului, ameninţă însăşi sensul evoluţiei ulterioare a ansamblului. În acest mod grupul operează propria sa selecţie sporindu-şi şansele de a se dezvolta ca grup terapeutic de sine stătător.

Odată stabiliţi parametrii de organizare şi funcţionare a grupului, preocuparea noastră s-a centrat pe analiza interacţiunilor membrilor grupului prin înregistrarea şi evaluarea activităţii verbale a fiecăruia în raport cu a celorlalţi membri, cu a animatorului şi cu grupul luat în ansamblu.

Am utilizat două modalităţi de înregistrare : — înregistrarea „creion—hîrtie“ vizînd analiza cantitativă a profilului static şi dinamic al participărilor, prin cuantificarea intervenţiilor membrilor grupului. Dintre tehnicile utilizate menţionăm : matricea sociometrică şi sociograma ; — înregistrarea pe bandă de magnetofon a conţinutul activităţii verbale a grupului.

Interpretarea evoluţiei grupului s-a realizat prin confruntarea şi completarea datelor cantitative cu datele analizei calitate (de conţinut) a interacţiunilor.

Referindu-se la obiectivele specificate ale evoluării cantitative, principalul procedeu de evoluare cantitativă a intervenţiilor membrilor grupului l-a constituit calculul abaterilor individuale de la media intervenţiilor realizate într-o reuniune pe ansamblul grupului. Prezentăm în tabelul următor indicii de abatere individuală pentru 8 reuniuni obţinute prin formula :

$$d_i = X_i - X$$

în care :

d_i = abaterea individuală de la media intervenţiilor grupului

x_i = numărul de intervenţii emise de un participant în cadrul unei reuniuni

x = media numărului de intervenţii realizat pe ansamblul grupului

R	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
d_1	—23	—16	+ 2	—12	— 5	+ 5	0	+ 8
d_2	+31	+12	+18	+20	+10	+ 3	+16	+ 3
d_3	+25	+29	+20	+14	+14	+ 9	+ 7	0
d_4	+28	+31	—	+10	+18	+ 7	+12	+ 8
d_5	—18	— 3	— 9	+ 7	—17	—	— 9	— 4
d_6	—31	—26	— 6	—20	—14	— 5	—14	— 2
d_7	—11	—25	—23	—19	— 7	—12	—10	—10
x	37	44	45	46	44	50	47	46

Astfel constituită diagrama ne permite să evaluăm evoluţia grupului sub 3 aspecte : — distribuţia abaterilor individuale exprimînd nivelul de participare al fiecărui membru al grupului în cadrul fiecărei reuniuni ; — evoluţia fiecărui membru pe întreaga sesiune ; — tendinţa generală a grupului.

Referitor la primele două aspecte relevate de diagramă, se impune atenţiei distribuţia participanţilor în cadrul primei reuniuni. Vom observa caracterul dihotomic al dispersiei, constînd în existenţa a doua categorii de subiecţi care se autosituează în sectorul periferic al interacţiunii grupului (x_2, x_4 şi x_1, x_6).

O primă constatare care se impune, apelînd la analiza conţinutului intervenţiilor acestor subiecţi, este că realizarea unui număr mare de intervenţii, depăşind cu mult media grupului (x_2, x_4) nu implică şi un nivel ridicat de angajare în comunicare. Participarea, în aceste cazuri, nu este autentică. Multe dintre intervenţiile emise au un caracter deviant şi sînt nesemnificative pentru grup. Raportul dintre frecvenţa participărilor şi nivelul de angajare este în asemenea situaţie, invers proporţional. Funcţia corectivă a grupului se va exercita prin convertirea treptată a acestor subiecţi în sensul reconsiderării conţinutului participării şi amendării mesajelor deviante. Scăderea numărului de intervenţii poate fi interpretată în acest caz ca o expresie a ameliorării nivelului de angajare autentică în interacţiune, deci ca o creştere a participării.

O situaţie diametral opusă este cea a subiecţilor deficitari sub aspectul comunicării interpersonale (x_1, x_6). În aceste cazuri, nivelul de angajare poate fi apreciat prin raportare directă la frecvenţa intervenţiilor emise. Evoluţia afvorabilă a acestor subiecţi va fi ilustrată, în consecinţă, printr-un traseu ascendent, apropierea de media grupului realizîndu-se printr-o creştere progresivă a numărului intervenţiilor. Această tendinţă, acceptată şi susţinută de grup, exprimă în fapt tentativa de deschidere a subiectului spre grup şi spre ceea ce se petrece în sînul acestuia. Analiza de conţinut relevă abandonarea treptată a tipurilor de intervenţie — specifice modelului de participare iniţială — în favoarea intervenţiilor înlănţuite care, deşi la început sînt de scurtă durată, traduc efortul subiectului de angajare reală în planul comunicării.

Desigur că rareori aceste procese se desfăşoară liniar, fără să antreneze mecanisme de rezistenţă, uneori chiar reveniri la modelele iniţiale de participare. Importantă rămîne însă, tentativa colectivă de autenticizare a interacţiunii, exprimată în eforturi individuale de autoreglare a cuantumului participativ în sensul ameliorării comunicării.

Sintetizînd aceste observaţii, desprindem coordonatele tendinţei generale a grupului. Vom constata astfel, că ameliorarea interacţiunilor în grup se realizează treptat ca rezultat al unui dublu proces de corecţie şi susţinere a participării individuale. O privire de ansamblu asupra diagramei ne permite să observăm corelaţia dintre evoluţia în timp a grupului şi nivelul de angajare al participanţilor ilustrată printr-o tendinţă de omogenizare a distribuţiei intervenţiilor individuale.

Aplicarea unui test de semnificaţie face posibilă determinarea gradului în care fiecare reuniune, asigură un nivel optim de participare, oferind psihoterapeutului un criteriu obiectiv de evaluare a dinamicii intersubiective implicate în evoluţia terapeutică a grupului.

CĂMINUL DE PENSIONARI — MODALITATE DE ASISTENȚĂ PSIHIATRICĂ SEMIAMBULATORIE

V. Chirița
— Bacău

Prelungirea duratei medii a vieții, determinînd și creșterea frecvenței psihosindroamelor vîrstei a treia, impune societății măsuri de ordin medico-social între care organizarea căminelor de pensionari realizează asigurarea unor condiții de integrare și reintegrare socială adecvată, prin supleerea lipsei familiei și a unor posibilități materiale și de îngrijire medicală.

Plecînd de la solicitarea rețelei de medicină generală de a acorda asistență de specialitate la Căminul de Pensionari din Municipiul Bacău am avut posibilitatea relevării unei patologii psihiatrice concomitent cu organizarea unei activități terapeutice complexe în acest cadru instituționalizat care oferea disponibilități multiple. Pentru axarea judicioasă a metodelor terapeutice, am procedat la cunoașterea pensionarilor sub aspect complex bio-psiho-social. Astfel discuțiile personale și studierea dosarelor celor 120 pensionari internați, 66 de sex masculin și 54 de sex feminin au evidențiat următoarele cauze care au determinat internarea în cămin : — *văduvie :* 81 de pensionari, 39 de sex masculin, 42 de sex feminin ; — *divorț :* 17 pensionari, 12 de sex masculin, 5 de sex feminin ; — *celibat :* 8 pensionari, 3 de sex masculin, 5 de sex feminin ; — *neînțelegeri grave în familie :* 12 pensionari, 10 de sex masculin, 2 de sex feminin ; — *boli somatice cronice :* 2 pensionari, 1 de sex masculin, 1 de sex feminin.

Detalierea în continuare a aspectelor medico-sociale relevă următoarele date :

1. Mediul de proveniență : 65 de pensionari, 32 de sex masculin și 33 de sex feminin provin din mediul urban, iar 55 din mediul rural, 34 de sex masculin și 21 de sex feminin.

2. Ocupația înainte de pensionare : — muncitori calificați 56, 33 de sex masculin, 23 de sex feminin ; — muncitori necalificați 10, 6 de sex masculin, 4 de sex feminin ; — funcționari 28, 19 de sex masculin, 9 de sex feminin ; — intelectuali 9, 5 de sex masculin, 4 de sex feminin ; — militari pensionari 3 de sex masculin ; — agricultori 1 de sex feminin ; — casnice 13 pensionare.

3. Studii : neșcolarizați 2, 1—4 clase 42, 5—8 clase 34, studii medii 23, studii superioare 5 pensionari.

4. Felul pesionării : pensie de vîrstă 102, pensie de urmaș 14, pensie de boală 4.

5. Sursă de întreținere în cămin : proprie la 84 de pensionari și ajutați de familie la 36 de pensionari.

6. Structura pe grupe de vîrstă : 56—60 ani 12 pensionari, 4 de sex masculin, 8 de sex feminin ; 61—65 ani 12, 9 de sex masculin, 3 de sex feminin ; 71—75 ani 21, 12 de sex masculin, 9 de sex feminin ; 76—80 ani 17, 9 de sex masculin, 8 de sex feminin ; 81—85 ani 16, 6 de sex masculin, 10 de sex feminin ; 86—90 ani 11, 6 de sex masculin, 5 de sex feminin ; 91—95 ani 1, de sex feminin ; 96—100 ani 1 pensionar de sex masculin.

Pe baza acestor date putem reliefa cauzele mai importante ale internării în cămin ca fiind vîrsta înaintată, văduvia și divorțul, dificultățile materiale și neînțelegerile familiale, în general la persoane cu un grad mai scăzut de pregătire școlară și instruire profesională.

Analiza fișelor medicale și examenul medical efectuat împreună cu medicul generalist consemnează la marea majoritate a pensionarilor un fond somatic tarat cu predominanța afecțiunilor cardio-vasculare (cardiopatie ischemică cronică, H.T.A., miocardiopatii, insuficiență cardiacă), pulmonare (bronșită cronică, astm bronșic, emfizem pulmonar, T.B.C. pulmonar), reumatismale (poliartrită reumatoidă, spondiloză, reumatism cronic), digestive (boală ulceroasă, hepatită cronică, colopatii cronice). neurologice (hemipareze, parapareze spastice), canceroase (neoplasm de sîn operat).

Examinarea psihiatrică efectuată sistematic la toți pensionarii internați, coroborată cu datele anamnestice și investigațiile paraclinice evidențiază frecvența unei psihopatologii a vîrstelor înaintate dominată de psihosindroame involutive, psihoze de involuție, A.S.C., precum și cazuri de demență senilă, epilepsie cu tulburări psihice, etilism cronic.

Aportul medicului psihiatru în acordarea asistenței medicale s-a dovedit important și totodată practic și eficient prin diagnosticarea și evaluarea suferințelor psihice și individualizarea conduitelor terapeutice cu consemnarea lor în fișele medicale. Dacă inițial asistența psihiatrică s-a limitat doar la acordarea unor consultații de specialitate în cazuri ce puneau probleme deosebite, ulterior posibilitățile curative s-au lărgit, pacienții fiind examinați atît în cadrul căminului cît și prin îndrumare la nivelul laboratorului de sănătate mintală. Întrucît examinările medicale au fost efectuate împreună cu medicul generalist, acesta a putut prelua în continuare o parte din sarcinile terapeutice, atît prin preocuparea pentru problemele de patologie psihică și documentare adecvată cît și prin creșterea încrederii pacienților în posibilitățile sale.

Concomitent cu efectuarea de consultații psihiatrice și psihoterapie individuală, profitînd de condițiile oferite de cămin și sesizînd nuanțele psihologice ale situației medico-sociale a pacienților, preocuparea excesivă pentru starea de sănătate fizică și psihică, pentru statutul lor social ca și efectul benefic al prezenței psihiatrului s-a putut trece la organizarea psihoterapiei de grup și a unor activități educativ-sanitare axate pe probleme de sănătate mintală, igienă mintală și psihopatologie a vîrstelor înaintate care au determinat o participare largă și susținută cu efecte pozitive asupra pacienților. Cu concursul conducerii administrative a căminului s-au putut concretiza activități ergoterapeutice ca lucrul de mînă cu realizarea unor obiecte ornamentale, munca în grădina căminului îngrijită şi întreţinută de pensionari, activităţi administrativ-gospodăreşti, toate contribuind la risipirea sentimentului de inutilitate, la creşterea încrederii în posibilitatea unei reinserări utile cu efecte psihoterapeutice remarcabile.

Condiţiile optime oferite de cămin constînd în camere cu două paturi pentru pacienţi, cabinete de consultaţie şi tratament, încadrarea cu personal medical, cadre medicale şi infirmiere, dotare cu aparatură şi medicaţie de urgenţă au permis tratamentul şi supravegherea afecţiunilor psihice la acest nivel fără a fi nevoie de internare în secţia de psihiatrie, putîndu-se efectua o asistenţă semiambulatorie în cele mai bune condiţiuni. Această activitate a devenit posibilă prin colaborarea eficientă a psihiatrului cu medicul de medicină generală şi cadrele medii şi cu concursul factorilor de conducere în cadrul preocupării pentru starea de sănătate a pensionarilor internaţi, pentru ameliorarea şi „familiarizarea“ condiţiilor de habitaţie.

Putem considera, în această viziune, căminul de pensionari ca o modalitate de asistenţă psihiatrică semiambulatorie care oferă posibilităţi reale de tratament al psihosindroamelor vîrstei înaintate, de ergoterapie, psihoterapie şi educaţie sanitară, vizînd reabilitarea personalităţii prin acţiuni convergente medicale şi sociale.

The solicitation of psychiatrist for medical assistance of speciality at a pensioners' house proved to be revealing for this, that is it led to the discovery of a pathology specific to old age as well as of some proper therapeutic possibilities.

Concomitantly with the profound study of the patients ilness, the diagnosticare of mental disorders permitted the individualized psychotherapeutic intervention in parallels with the application of group therapy, ergotherapy and the programmation of some sanitary educational activities which aroused a large interes.

FAMILIA PACIENTULUI PSIHIATRIC

Aurelia Ionescu
— *Bucureşti*

Studiul sistematic al familiei pacientului psihiatric, în contrast cu acela al bolnavului psihic considerat individual, şi-a dovedit necesitatea în urma unor observaţii clinice care s-au impus cu pregnanţă practicii psihiatrice. În orice demers al clinicianului — diagnostic, terapeutic sau profilactic — factorii psiho-sociali familiali îşi manifestă evident rolul determinant, psihopatogen sau sanogenetic, terapeutic sau antiterapeutic ,de potenţare sau compensare a tulburărilor psihice individuale. În timp ce perspectiva diagnostică şi terapeutică evidenţiază însă cu predilecţie influenţa familiei asupra bolnavului psihic, perspectiva psihoprofilaxiei şi a măsurilor de igienă mentală relevă acţiunea perturbatoare pe care apariţia bolnavului psihic o are în cadrul sistemului familial.

Relaţiile reciproce dintre familie şi bolnavul psihic pot fi analizate sub diferite aspecte, la diferite nivele de interacţiune şi grade de generalitate. Un prim demers epistemic poate analiza relaţia familie—bolnav, la un nivel superficial, la care cei doi termeni ai relaţiei sînt consideraţi în ipostaza lor cea mai generală (fără detalierea unor relaţii de determinare, a unor mecanisme fundamentale de interacţiune etc.). La acest nivel de analiză se evidenţiază bidirecţionarea relaţiei dintre familie şi bolnav : pe de o parte, familia poate exercita o acţiune psihopatogenă asupra bolnavului psihic, pe de altă parte, boala psihică reprezintă o sursă de stress şi tensiune, cu efecte dezorganizatoare, asupra oricărei familii în care se manifestă. Integrarea acestor două direcţii de acţiune reciprocă poate duce la o viziune sistemică asupra familiei în care defectele ei de organizare şi funcţionare să explice simptomatologia „pacientului primar“, considerată sub unghiul influenţelor asupra familiei ca întreg.

Un demers epistemic mai puţin sincretic, mai specific decît cel anterior îl constituie studiul relaţiilor interpersonale din familiile cu un pacient psihiatric. Astfel, cercetările asupra familiilor cu un pacient schizofren sau cu un copil cu tulburări de comportament au permis relevarea unor relaţii de condiţionare reciprocă între sistemul familial şi individul bolnav, precum şi evidenţierea unor modalităţi particulare de exercitare a acţiunii stressante a bolii asupra celorlalţi membri ai familiei.

Cunoaşterea ştiinţifică psihiatrică în domeniul relaţiei dintre familie şi bolnavul psihic a obţinut cele mai semnificative progrese în urma realizării unor cercetări sistematice, la nivelul unor mecanisme fine ale interacţiunii dintre familie ca întreg şi individul bolnav. Aceste studii au analizat în profunzime relaţiile afective şi de rol din familiile bolnavilor psihici, caracteristicile comunicării, mecanismele psihopatogene şi cele spontan-sanogenetice etc.

Fiecare dintre cele trei tipuri de demersuri epistemice pleacă de la o anumită premisă şi investighează un anumit nivel al interacţiunii dintre familie şi boala psihică. În virtutea acestui fapt fiecare dintre ele relevă un anumit tip de conexiune între cei doi termeni ai relaţiei şi în consecinţă adoptă un anumit tip de înţelegere şi explicaţie a bolii psihice. În funcţie de aspectele relevate şi de factorii consideraţi esenţiali se adoptă o anumită strategie terapeutică. De exemplu, studiul proceselor de comunicare în familiile cu un pacient schizofren a relevat existenţa unor distorsiuni specifice în schimbul informaţional şi a orientat procesul psihoterapeutic spre ameliorarea mijloacelor de comunicare interpersonală. Similar, descoperirea fenomenelor de homeodinamică familială şi explicarea tulburărilor nevrotice ca dereglări ale unor subsisteme familiale a dus la considerarea *familiei ca pacient* şi la focalizarea acţiunilor terapeutice asupra ameliorării sistemului familial.

Multitudinea cercetărilor asupra relaţiei dintre familie şi boala psihică poate fi sistematizată în funcţie de nivelele de analiză şi de iopteze în cîteva mari categorii de modele explicative ale bolii psihice sub unghiul familiei. Nici unul dintre aceste modele nu şi-a propus şi nu a realizat o explicaţie exhaustivă, generalizabilă la toate entităţile psihiatrice. În ciuda acestui fapt, fiecare dintre ele a contribuit cu un plus de cunoaştere asupra factorilor etiopatogeni ai bolii psihice, asupra relaţiilor reciproce dintre sănătatea psihică a individului şi funcţionarea familiei ca microgrup.

Boala psihică — stress exogen asupra familiei. La un prim nivel de analiză, în care familia şi bolnavul ca termeni ai unei relaţii sînt investigate în ipoteza lor cea mai generală — se relevă în mod axiomatic faptul că orice bolnav psihic reprezintă o sursă de stress asupra familiei. Acest fapt a devenit evident o dată cu instituirea măsurilor de psihoterapie fără a fi suscitat o cercetare sistematică asupra relaţiilor etiologice posibile.

Ca o expresie a influenţei modelului somatic în psihiatrie, boala psihică era înţeleasă ca un accident survenit în mod absolut independent de structura şi practicile familiei şi exercitînd asupra ei o influenţă asemănătoare cu aceea a unei boli infecţioase, tumori cerebrale etc. Din această perspectivă, problemele cu care se confruntă familia bolnavului psihic erau considerate identice cu acelea ale familiei bolnavului somatic. şi tratate drept „reactive“ în raport cu boala psihică. Modificările înregistrate în starea afectivă a membrilor familiei, problemele de dinamică intrafamilială generate de apariţia unui pacient psihiatric într-o familie erau considerate reacţii normale de adaptare la o situaţie de criză a cărei cauză nu era nici măcar în mod ipotetic cercetată prin prisma familiei.

Plecînd de la premisa că boala psihică reprezintă o perturbare, un stress extern la care familia trebuie să se adapteze, cercetările desfăşurate din această perspectivă au căutat să releve modul în care diferite familii se acomodează la impactul bolii şi să evidenţieze schimbările de organizare şi funcţionare care rezultă din acest proces. Ipoteza că boala psihică ar constitui un fenomen exterior şi independent în raport cu familia a determinat evidenţierea unor aspecte de ordin neesenţial ale relaţiei dintre boală şi familie. Rezultatele cercetărilor din această perspectivă constau în date de observaţie clinică, de valoare limitată, fără posibilităţi de generalizare şi utilizare terapeutică.

Boala psihică — efect al relaţiilor patogenice în familie. Un punct de vedere polar — opus aceluia care consideră boala psihică a unui membru al familiei drept factor stressant asupra grupului familial (ignorînd posibilele relaţii etiologice) îl reprezintă cercetările asupra psihopatogeniei familiale ; ele încearcă să descopere relaţii cauzale lineare între diferite aspecte ale familiei şi tulburările psihice ale pacientului desemnat.

Ipotezele subiacente oricărui studiu din această perspectivă presupun că tulburările psihice ale copiilor pot fi clasificate în entităţi nosografice relativ omogene şi distincte şi că la părinţi, pot fi identificate atitudini, trăsături de personalitate sau practici educaţionale specifice, care determină în mod univoc aceste tulburări.

Studiile de „psihopatogenie parentală“ au elaborat adevărate tipologii ale părinţilor patogeni ; au fost bine conturate profilurile de personalitate ale „mamei hiperprotectoare“, „schizofrenogene“, „agresive“, ale tatălui „rigid“, „crud“, „absenteist“ etc. Atitudini parentale ca supraprotecţia şi rejecţia (conştientă sau inconştientă) au fost făcute răspunzătoare de tulburările nevrotice din categoria egocentrismului, pasivităţii, dependenţei excesive, dificultăţilor de contact social etc. Realitatea clinică a unor astfel de tipologii a fost adesea infirmată de practică. Mai ales tipologiile realizate pe baza unei analize simpliste a relaţiei mamă—copil au trebuit să fie abandonate.

Explicarea naturii relaţiilor părinţi—copii a căpătat o perspectivă mai largă o dată cu relevarea faptului că pacientul—copil nu este o victimă pasivă a părinţilor şi că el exercită o influenţă semnificativă asupra cuplului parental şi asupra funcţionării familiei ca întreg.

Studiile actuale asupra psihopatogeniei familiale se caracterizează printr-o „decentrare“ de la analiza aproape exclusivă a relaţiei mamă—copil şi o orientare mai cuprinzătoare asupra diadelor tată—copil, tată—mamă, fratriilor, triadelor familiale etc.

Boala psihică — expresie a perturbării familiei ca sistem. Conceptualizarea tulburărilor psihice în termenii teoriei sistemelor a făcut posibilă explicarea bolii psihice ca perturbare la nivelul unui subsistem („pacientul primar“) al sistemului familial. Ca element al familiei — sistem, bolnavul psihic determină transformări ale celorlalţi membri ai familiei, ale relaţiilor dintre ei, ale „atmosferei“ familiale în ansamblu. Întrucît individul bolnav nu este izolat de mediul său familial, acesta din urmă răspunde tulburărilor sale prin fenomene de autoreglare, cu tendinţa compensării perturbărilor apărute. În virtutea caracterului integrator-sistemic al familiei, între individ şi grupul familial se institue un tip de relaţie circulară în care pe de o parte, dezordinile familiale determină, amplifică sau întreţin conduitele perturbate ale pacientului, pe de altă parte, simptomele acestuia influenţează asupra relaţiilor interpersonale şi stării de sănătate psihice a celorlalţi membri şi a familiei ca întreg.

Concepţia sistemică asupra bolii psihice reprezintă o contribuţie semnificativă atît sub unghi teoretic cît şi al practicii clinice. Ea permite o mai completă înţelegere a tulburărilor individuale şi o mai adecvată acţiune terapeutică focalizată asupra interacţiunilor semnificative dintre bolnav şi mediul său familial.

Caracteristici ale familiei în diferite entităţi psihiatrice. Postulatul fundamental implicit al tuturor studiilor asupra structurii şi dinamicii familiei cu un pacient psihiatric constă în acceptarea existenţei unei delimitări nete şi universale între entităţile nosografice din psihiatria clinică. Corelat cu ipotezele promiţătoare ale psihopatogeniei familiale, acest postulat a stat la baza iniţierii a numeroase cercetări contemporane care au încercat să descopere o etiologie familială specifică pentru fiecare boală psihică studiată. Ipoteza că anumite caracteristici ale interacţiunii familiale pot fi cauzal-explicative pentru o anumită patologie individuală nu a putut fi în mod categoric confirmată sau infirmată. În ciuda acestui fapt, studiile asupra diverselor corelaţii dintre familie şi boala psihică au adus contribuţii teoretice şi practice semnificative sub aspectul înţelegerii şi abordării terapeutice a personalităţii anormale.

Cercetările cele mai reprezentative şi mai fecunde din perspectiva relevării unor aspecte esenţiale ale relaţiei dintre familie şi bolnavul psihic au avut ca obiect constelaţia familială a schizofrenului. În funcţie de orientarea teoretică a autorilor, de metodologia utilizată, de particularităţile eşantionului investigat cercetările au relevat diferite fenomene legate de : caracteristicile de ordin general ale familiilor cu un tînăr psihotic, trăsăturile de personalitate şi atitudinile definitorii ale părinţilor, particularităţi ale proceselor de gîndire şi comunicare în „familia schizofrenogenă“, caracteristici ale relaţiilor interpersonale şi ale distribuţiei rolurilor în familia cu un bolnav psihotic etc.

Unul din primele studii asupra etiologiei familiale a schizofreniei aparţine lui *Y. Alanen* (1960) care analizează istoria dezvoltării psihice a pacienţilor psihotici, dintr-o perspectivă psihodinamică. El consideră că sursa procesului psihotic se află în „iniţierea defectuoasă a copilului în relaţiile obiectuale importante, în special relaţiile cu mama“. Studii cu o orientare teoretică similară efectuate de *D. R. Davis* (1961) au încercat să ateste contribuţia unei situaţii oedipiene particulare în etiologia schizofreniei la băieţi. Se consideră că în prim-planul psihopatogenezei se află relaţia anxiogenă a copilului cu mama şi că procesul psihotic se datorează modificărilor în această relaţie „asociate cu un eşec de identificare cu tatăl, determinat de o relaţie săracă între mamă şi tată“.

În contextul cercetărilor de orientare psihanalitică se înscriu şi studiile efectuate de L. Wynne şi colab. (1969) care şi-au propus să elaboreze o „interpretare psihodinamică a schizofreniei luînd în consideraţie, din punct de vedere conceptual, organizarea socială a familiei ca întreg“. Ei au pornit de la premisa că în dezvoltarea psihică normală sînt esenţiale două aspecte : existenţa unei trebuinţe general-umane de a intra în relaţie cu ceilalţi şi necesitatea dezvoltării unui sentiment de identitate personală. În cadrul relaţiilor familiale, confruntarea individului cu aceste două probleme esenţiale poate duce în trei direcţii : realizarea mutualităţii, non-mutualităţii sau pseudo-mutualităţii. Din perspectiva dezvoltării unei personalităţi schizofrene este importantă apariţia în familie a fenomenului de pseudo-mutualitate. Acesta constă „într-o forţă de absorbţie exercitată în sensul complementarităţii reciproce a tuturor membrilor familiei, în detrimentul diferenţierii identităţii persoanelor aflate în relaţie“. Într-o astfel de familie, orice tentativă de diferenţiere individuală, orice divergenţă de atitudine este percepută ca ameninţătoare pentru unitatea familiei. Încercînd să evite această rupere a relaţiilor, copilul evită orice divergenţă, renunţînd la propriile-i motivaţii, în scopul menţinerii aparenţei de mutualitate (reciprocitate). Între individ şi familie se stabileşte o contradicţie ireductibilă, în sensul că procesele de individuaţie şi separaţie necesare dezvoltării normale a personalităţii contravin tendinţei de conservare a unei structuri familiale rigide, închise şi autarhice.

Observaţiile cele mai semnificative în domeniul psihopatologiei familiei cu un pacient schizofren se datorează cercetărilor sistematice şi complexe efectuate de grupul de la Yale, condus de T. Lidz. (1960). Aspectul cel mai general relevat de aceste studii este acela că familiile cu schizofreni prezintă o structură şi funcţionare defectuoasă la aproape toţi parametrii sarcinilor esenţiale ale familiei. În familiile investigate au fost puse în evidenţă tulburări de personalitate ale părinţilor, de diverse grade de severitate, deficienţe ale coaliţiei parentale, violarea graniţelor dintre generaţii, moduri de comunicare paralogică şi disimulatoare, paradigme ale modelelor parentale care împiedică integrarea de către copil a unei identităţi. Investigaţiile clinice şi proiective asupra personalităţii părinţilor cu un copil schizofren nu au putut stabili un tip unic de personalitate predominantă, dar au constatat o frecvenţă semnificativă a tulburărilor psihice de tip psihotic atît la mame cît şi la taţi.

Părinţii copiilor schizofreni sînt caracterizaţi printr-o incapacitate generală de a-şi exercita cu succes rolul parental ; aceasta se datorează fie unor trăsături individuale, fie modului particular de cuplare conjugală. Printre cuplurile conjugale cu descendenţi schizofreni se decelează adesea „fie soţi care acceptă concepţiile bizare, iraţionale ale soţiilor“, fie soţii supuse, conciliante care preiau şi accentuează tendinţele paranoide ale partenerilor. Se sugerează că într-o eventuală relaţie conjugală cu un partener normal psihic, care să compenseze tendinţele patologice, fiecare dintre soţii cu un copil schizofren şi-ar fi putut exercita mai bine rolul conjugal şi parental. Deci, nu se poate afirma că taţii sau mamele schizofrenilor prezintă un profil psihologic caracteristic, dar este cert că relaţiile lor conjugale prezintă anumite particularităţi psihopatologice. Ei îşi gratifică şi accentuează reciproc tendinţele anormale şi trăsăturile patologice de personalitate, fapt ce duce la o slabă diferenţiere a rolurilor conjugale şi parentale în familie.

Caracteristicile comune familiilor de schizofreni au permis descrierea în acest grup nosografic a două tipuri de familii : familia schismatică şi familia distorsionată (skewed“) (T. Lidz şi col., 1960). În familiile din prima categorie „psihopatologizarea“ copilului se datorează dificultăţilor de identificare generate de funcţionarea paralogică a cuplului parental. În aceste familii, izolate faţă de contextul social larg, predomină o atmosferă de controversă şi rivalitate cronică între părinţi. Cuplul parental este divizat ; părinţii îşi subminează reciproc valoarea şi prestigiul în faţa copiilor, se dispreţuiesc reciproc ca bărbat sau ca femeie, se depriveazǎ reciproc de sprijinul necesar formării unei coaliţii parentale normale. Discreditarea unei mame nesigure şi anxioase de către un tată excesiv de rigid şi autoritar sau discreditatea tatălui conciliant de către o mamă agresivă creează copiilor grave dificultăţi de identificare şi dezvoltare psihică normală. Al doilea tip de familie întîlnit în grupul pacienţilor schizofreni studiaţi de T. Lodz (1960) se caracterizează printr-o atmosferă de aparentă linişte şi armonie.

Familia distorsionată (skewed") trăieşte conform unui pattern social diferit de contextul social mai larg, pattern instituit datorită tulburărilor de personalitate ale unuia din părinţi, prin adoptarea convingerilor şi atitudinilor distorsionate ale acestuia. În mod deschis sau mascat, părinţii au căutat şi descoperit un compromis cu privire la un defect grav de personalitate al unuia dintre ei. În scopul acreditării valorii incontestabile a fiecărui partener, ei întreţin o concepţie falsă şi rigidă despre familie şi o imagine neautentică, simplificată despre mediul extrafamilial. În virtutea unor mecanisme psihopatologice de identificare proiectivă, aceşti părinţi atribuie copiilor propriile lor aspraţii ignorînd realitatea şi nevoile specifice acestora. Lipsa de autenticitate a relaţiilor interpersonale din acest tip de familie constituie principala sursă de alienare şi schizogeneză.

Caracteristicile esenţiale ale familiei cu un pacient schizofren, aşa cum sînt evidenţiate de cercetările grupului de la Yale, se grupează în jurul a trei aspecte de dinamică a relaţiilor intrafamiliale : procesul de identificare, funcţionarea coaliţiei parentale şi încălcarea limitelor între generaţii. Modul particular în care aceste aspecte prezintă trăsături patologice este sintetizat astfel : — părintele de acelaşi sex ca şi pacientul oferă un model de identificare neadecvat ; — interacţiunea parentală perturbată determină grave impedimente în rezolvarea adecvată a ataşamentului oedipian al pacientului ; — părinţii nu reuşesc să menţină limitele adecvate între generaţii, fie datorită faptului că sînt prea seducători faţă de copil, fie deoarece se comportă ca rivali în raport cu acesta, ambele pattern-uri apărînd uneori în aceeaşi familie.

Indiferent de încadrarea nosografică, tulburările nevrotice au constituit domeniul primelor afirmaţii privind relaţia dintre interacţiunea familială şi psihopatologia individuală. Este unanim recunoscut faptul că S. Freud a fost cel dintîi care a încercat să explice apariţia unor simptome la un membru al familiei, ca rezultat al unor fenomene petrecute în sistemul familial. Deşi cazul Dora şi cel al micului Hans pot fi considerate ca prime exemple de diagnostic şi tratament familial, psihanaliza clasică nu a putut depăşi perspectiva intrapsihică, individuală, referindu-se la relaţiile intrafamiliale numai în mod tangenţial. Abia în ultimii ani, cercetători şi clinicieni de formaţie psihanalitică au încercat să elaboreze un model al psihodinamicii familiei, considerate ca entitate distinctă. Evoluţia normală sau patologică a relaţiilor familiale a fost explicată în cadrul acestui model prin aceleaşi mecanisme ce caracterizează dezvoltarea normală sau patologică a personalităţii abordate însă dintr-o perspectivă sistemic-interacţională.

Perspectiva psihodinamică a permis relevarea faptului că psihopatologia individuală a copilului este în strînsă legătură cu perturbările intrapsihice şi interpersonale ale părinţilor şi că în diferite stadii ale dezvoltării copilului, părinţii reactualizează şi proiectează asupra copiilor propriile lor conflicte nerezolvate. De asemenea a devenit posibilă explicarea modului de funcţionare patologică a unor cupluri conjugale cu simptome care se întreţin şi se potenţează reciproc.

Pacienţii fobici au constituit obiectul a numeroase studii din perspectiva familiei. Aceste studii nu au investigat dinamica relaţiilor pacientului în familia sa de origine, şi s-au rezumat la consemnarea unor date de ordin clinic, privind relaţiile actuale (conjugale sau parentale) ale acestor pacienţi. În consecinţă, rezultatele acestor cercetări au o valoare limitată şi nu constituie puncte de vedere generalizabile cu privire la caracteristicile pacientului fobic sau la o eventuală „psihopatogenie familială". În general, relaţia dintre familie şi pacientul fobic este de aşa natură încît „adesea, se poate afirma că pacienţii fobici, anxioşi exprimă afectele prezente la alţi membri ai familiei, la soţ sau soţie". În acest sens, W. F. Fry (1962) a observat că partenerii pacienţilor din acest grup sînt în mod tipic anxioşi, negativişti, compulsivi şi manifestă puternice tendinţe de izolare. În mod frecvent, partenerul conjugal al fobicului prezintă fenomene nevrotice sub-clinice, generate de o istorie personală foarte asemănătoare cu cea a pacientului. Tulburările nevrotice ale celor doi parteneri par să se potenţeze reciproc în aşa fel încît „uneori simptomele reprezintă principalul factor de coeziune maritală".

Marea varietate a manifestărilor de tip „psihopat", „sociopat" etc., a constituit un impediment în calea efectuării unor studii sistematice şi concludente asupra relaţiilor dintre familie şi psihopatie. Datele din literatura de specialitate au la bază observaţii clinice nesistematice şi speculaţii teoretice şi în consecinţă afirmaţiile cu privire la anumite caracteristici ale familiilor care generează sau conţin un psihopat au un caracter general şi sînt neconvingătoare. Se consideră (fără a se argumenta) că adesea comportamentul psihopat este asociat cu patologia familiei în care copiii sînt purtătorii tendinţelor latent-patologice ale părinţilor. Comportamentul tînărului sociopat ar exprima direct o astfel de predispoziţie a părintelui într-o formă exagerată. Comportamentul adictiv, în special al coolismul este de asemenea legat de anumite probleme familiale, de atitudinile de indulgenţă ale părinţilor, de conflicte familiale nerezolvate etc.

Fundamentată pe observaţii clinice acumulate de-a lungul timpului şi pe datele unor cercetări recente asupra unor aspecte particulare ale relaţiei dintre familie şi boala psihică, teoria actuală a familiei pacientului psihiatric este încă incompletă şi neunitară. Totuşi, datele obţinute din diferite ipoteze de cercetare, cele cîteva constatări cu caracter de certitudine realizate prin studii sistematice pe categorii nosografice distincte, reprezintă o sursă inepuizabilă de cunoaştere şi acţiune terapeutică.

Considerăm că modelele explicative şi datele consemnate în lucrarea de faţă se cer incluse în sistemul de cunoştinţe şi în modul de gîndire al fiecărui clinician, în abordarea terapeutică şi (într-o perspectivă mai generoasă) în măsurile de psihoprofilaxie.

Le travail présente des arguments en faveur de l'étude de la famille du malade psychiatrique en contraste avec l'étude du malade psychique considéré individuellement.

On analyse la valeur et les limites des principaux modèles théoriques-explicatifs du rapport entre les facteurs psycho-sociaux familiaux et la maladie psychique individuelle. On met en évidence les résultats des recherches concernant l'action stressante de la maladie psychique d'un membre sur la famille, la „psychi-pathogénie familiale", les particularités psychologiques d'une famille avec un malade schizophrénique etc.

En conclusion, on estime que, bien qu'aucun des modèles explicatifs élaborés n'ait réussi à donner une explication complète, universellement valable des troubles psychiques, la perspective familiale doit être comprise dans le mode de jugement et l'action psychothérapeutique de chaque clinicien.

RELAŢIA PSIHIATRU-MEDIC DE MEDICINĂ GENERALĂ ÎN ACTIVITATEA PROFILACTICO-CURATIVĂ PRIN INTERMEDIUL SERVICIILOR EXTRASPITALICEŞTI

V. Chiriţă
— *Bacău*

Activitatea practică de zi cu zi relevă faptul că psihiatrul nu poate rezolva printr-o activitate singulară şi aleatorie problematica complexă ridicată de apărarea şi promovarea sănătăţii mintale, care este condiţionată de o multitudine de variabile ce ţin atît de fondul biologic şi personalitatea individuală cît şi de mediul social în care acesta trăieşte sub toate ipostazele existenţei sale. La fel şi rezolvarea profilactico-curativă a patologiei psihice, cu etapele ei primară. secundară şi terţiară, implică un ansamblu de măsuri complexe care vizează atît organizarea şi dezvoltarea reţelei de psihiatrie cît şi posibilităţile de reinserţie socio-profesională şi familială a bolnavului psihic. În aceste condiţii devine necesară relaţionarea medico-socială a psihiatrului prin intermediul serviciilor extraspitaliceşti, colaborarea sa cu reţeaua de medicină generală din circumscripţiile sanitare, întreprinderi, şcoli, institute de învăţămînt superior şi totodată cu factorii instituţionali de la aceste nivele.

Relaţiile medico-sociale ale psihiatrului permit şi facilitează cunoaşterea mai exactă şi mai corectă a morbidităţii prin boli psihice, cercetarea grupelor de populaţie cu risc crescut de îmbolnăvire şi depistarea factorilor de risc şi eşec adaptativ în scopul influenţării acestora. Totodată, prin această colaborare, atît activitatea curativă cît şi, mai ales, activitatea profilactică cîştigă în eficienţă, întrucît ele nu se vor limita numai la posibilităţile L.S.M. ci vor beneficia de cooperarea şi colaborarea celorlalte servicii extraspitaliceşti : dispensare urbane, rurale şi de întreprindere, dispensare şcolare şi studenţeşti cît şi a factorilor de conducere din mediile respective, printr-o ordonare şi ierarhizare judicioasă a sarcinilor şi responsabilităţilor medicale şi sociale. În aceste condiţii beneficiile bolnavului psihic sau al celui ce riscă să devină vor fi incomparabil superioare ; pe lîngă depistare precoce, tratament prompt şi eficace, bolnavii vor profita şi de ameliorarea mediului profesional generator la un moment dat de factori de risc cît şi de înţelegerea şi condiţiile necesare vindecării, contribuindu-se la realizarea unei optici favorabile a societăţii faţă de bolnavul şi boala psihică. Recuperarea este mai eficientă prin asigurarea şi adecvarea permanentă a unei asistenţe medico-sociale complexe, concomitent cu menţinerea în activitatea profesională, familie, societate şi, în realizarea acestei modalităţi de asistenţă psihiatrică, rolul serviciilor extraspitaliceşti devine preponderent, ele oferind o largă accesibilitate a populaţiei către psihiatru şi permiţînd psihiatrului abordarea nu numai a bolnavului psihic ci şi a problemelor legate de mediul său familial, social şi profesional. Desigur că şi în spital se impune colaborarea cu alte servicii clinice şi paraclinice, necesară pentru diagnosticarea şi tratamentul complex al diferitelor afecţiuni psihice, dar această colaborare se limitează la acest nivel, în timp ce în ambulator colaborarea capătă noi valenţe şi o eficienţă sporită atît în ceea ce priveşte calitatea actului medical cît şi prin posibilitatea de influenţare a mediului bolnavului şi a urmăririi lui continue şi timp îndelungat, activitatea medicală devenind o activitate medico-socială.

De regulă generală, primul medic cu care ia contact pacientul este medicul de medicină generală de a cărui atitudine şi competenţă depinde depistarea, diagnosticarea şi evaluarea unor suferinţe şi tulburări psihice ca şi necesitatea îndrumării pentru tratament de specialitate către psihiatrul din L.S.M., care, la rîndul lui, dispunînd de informaţia şi documentarea necesară va putea face o evaluare diagnostică corectă concomitent cu elaborarea unui program psiho-terapeutic adecvat. În continuare, pacientul va putea fi urmărit atît de medicul de medicină generală cît şi de psihiatru şi cadrele medii, realizîndu-se astfel o echipă terapeutică funcţională cu sarcini precise pentru fiecare etapă a tratamentului ce poate fi coordonat în mod ştiinţific, preîntîmpinîndu-se îndepărtarea de programul de tratament şi recăderile, aceasta avînd şi o influenţă psihoterapică benefică asupra pacientului care va găsi un sprijin permanent în depăşirea dificultăţilor, problemelor şi suferinţelor sale. Astfel medicul de medicină generală este serios sprijinit în munca sa profilactico-curativă de către medicul psihiatru, care la rîndul său poate interveni prin acesta în rezolvarea unor probleme de ordin socio-profesional, rezolvarea unor eventuale stări tensionate generatoare de conflict în relațiile pacientului, beneficiind în acest sens și de o mai bună colaborare a cadrelor instituționale. Metodele de psihoterapie extinse de la cazurile individuale la colectivitate, împletite cu acțiuni largi de educație sanitară în probleme de igienă și sănătate mintală efectuate cu competență și simț de răspundere constituie, de asemenea modalități și posibilități profilactice și totodată curative de rezolvare optimă a patologiei psihice. Se poate realiza astfel în mod obiectiv o scădere a morbidității prin boli psihice, a factorilor de risc și eșec adaptativ, efectuînd totodată o profilaxie primară de mare eficiență care contribuie, implicit, la activitatea mai largă de sanogenizare a mediului. Însăși evidențierea factorilor de risc constituie un aspect de profilaxie primară a patologiei psihice și aici aportul medicului de medicină generală este hotărîtor căci el poate sesiza anumite medii și situații generatoare de factori de risc unde este necesar să se acționeze, evitîndu-se astfel intervențiile aleatorii, tardive și lipsite de eficacitate.

Putem spune astfel că scopul euristic al relațiilor medico-sociale ale psihiatrului prin intermediul serviciilor extraspitalicești în problematica sănătății mintale se poate concretiza și sistematiza în următoarele acțiuni profilactico-curative : — prevenirea factorilor de risc și eșec adaptativ ; — depistarea precoce a bolilor psihice, a cauzelor de îmbolnăvire și a circumstanțelor în care apar ; — profilaxia și terapeutica îmbolnăvirilor psihice în dinamica lor primară, secundară și terțiară ; — dezvoltarea unei atitudini favorabile din partea societății, familiei și mediului profesional față de bolnavul și boala psihică ; — reinserția și readaptarea instructiv-educativă și socio-profesională ; — recuperarea și asistența medico-socială a bolnavilor psihici ; — orientarea și reorientarea profesională ; — abordarea psihoterapeutică a bolnavului psihic și a grupului prin relația interpersonală a expertizei capacității de muncă, a expertizei medico-legale psihiatrice.

Realizarea unei relaționări medico-sociale a psihiatrului presupune în mod obligator o activitate de echipă formată din psihiatru, psiho-sociolog și asistente sociale, echipă care să cuprindă și medicul de medicină generală cu cadrele medii ca și factorii de decizie din instituțiile respective. La ora actuală, cu toate că rețeaua de psihiatrie s-a dezvoltat considerabil, nu dispunem totuși de un număr suficient de cadre de specialitate și, în aceste condiții, cu atît mai mult se face necesară colaborarea și cooptarea în echipa de lucru a medicilor de medicină generală, a cadrelor medii existente care, instruite în probleme specifice de sănătate mintală și patologie psihică, pot fi de un real folos și trebuie folosite în mod activ. Dar dacă această conlucrare implică cointeresarea medicului generalist precum și pregătirea sa în domeniul psihiatriei și al psihiatriei sociale îndeosebi, aceasta nu înseamnă cîtuși de puțin exonerarea psihiatrului, ci dimpotrivă, o creștere a sarcinilor și obligațiilor sale care devin astfel mai largi și mai cuprinzătoare prin efectuarea unei îndrumări metodologice a rețelei de medicină generală, prin pătrunderea în mediul socio-familial și profesional al bolnavului cît și prin acțiunile de cercetare în cele mai diverse medii.

O astfel de echipă cu caracter funcțional, coordonată și dirijată de medicul psihiatru va trebui să lucreze în mod sistematic și programatic în baza unei metodologii fundamentate științific pe probleme de igienă mintală, ecologo-epidemiologie psihiatrică și psihiatrie socială așa încît măsurile profilactico-curative ce se impun să poată fi realist și adecvat nuanțate, eliminîndu-se orice notă de superficialitate și de artificialitate și să beneficieze de o aplicare practică și concretă eficientă și permanentă. Colaborarea nu trebuie limitată doar la un schimb de consultații sau la rezolvarea singulară și aleatorie a unor cazuri dificile, deși și aceasta este de multe ori necesar, ci trebuie extinsă prin prospectarea unor planuri și programe de acțiune pe termen lung în cadrul cărora să se asigure o activitate cu eficiență practică modelată și adecvată situațiilor concrete, în dinamică continuă, cu accente deosebite pe profilaxie și educație sanitară în special pe probleme de igienă și sănătate mintală, acordînd totodată locul cuvenit aspectelor curative. Tocmai aplicarea practică în teren a acestor măsuri, fără a eluda aspectele de ordin științific evidențiază necesitatea și oportunitatea relațiilor medico-sociale ale psihiatrului prin intermediul serviciilor extraspitalicești, ca o modalitate optimă de apărare și promovare a sănătății mintale și de rezolvare profilactico-curativă a patologiei psihice.

The complex nature of the psychiatric ambulatory activity in MHL implies the co-operation of the psychiatrist with the system of general medicine on the purpose of solving both the problems raised by the patient and his mental ilness and those regarding socio-professional environment.

This co-operation implies a team activity with multiple tasks and responsibilities in the prophylactic curative solving of mental pathology through the achievement of a psychiatric assistence having a medico-social character.

PRACTICA PSIHIATRIEI DE AMBULATOR ; OPINII CONTRARE CELOR AFLATE ÎN UZ

A. S. Ionescu, M. Cornea
— *Buzău*

Schimbarea a început să fie considerată drept ceva pozitiv, preferabil continuității, abia într-o epocă relativ recentă ; dar așa cum a remarcat Miles, sistemele permanente — fie că e vorba de persoane, fie de grupuri sau instituții — iau cu mai multă greutate inițiative în privința propriei lor schimbări. Cea mai mare parte a energiei disponibile se cheltuieşte pentru executarea unor operaţii curente şi pentru, menţinerea relaţiilor din interiorul sistemului. Fracţiunea de energie care rămîne pentru problemele de diagnosticare, de planificare, de inovare, de schimbare deliberată şi de dezvoltare, este astfel — cel mai adesea — foarte redusă. Toate sistemele instituţionale tind să realizeze, să întreţină sau să restabilească o stare de echilibru, care semnifică peste modul nostru de a ne păstra identitatea, caracterul instituţiile şi culturile.

Brickell, susţine că stabilitatea instituţională garantează instituţiei maximum de randament la un moment dat. Orice schimbare duce automat la scăderea eficienţei, cel puţin pînă se formează noi obişnuinţe. Potrivit teoriei sistemelor, sistemele instituţionale stabile şi homeostatice, după uşoare perturbări, revin la o stare de echilibru asemănător condiţiilor anterioare. Acest lucru le conferă un caracter de autoreglare, care le permite să răspundă la exigenţele mediului fără a suferi perturbări permanent. Aplicînd spitalului de psihiatrie — ca instituţie — teoria respectivă, o serie de specialişti în ştiinţa comportamentului avansează ideea că sistemul instituţional psihiatric este, prin natura lui, stabil şi hemeostatic şi în consecinţă incapabil de inovaţie. Pentru a verifica valoarea acestei ipoteze, să analizăm în perspectiva experinţei noastre caracteristicile genotipice şi fenotipice, care împiedică schimbarea. Pentru uşurinţă le vom împărţi în :

a) Factori exogeni de rezistenţă — care împiedică pătrunderea schimbării în sistemul psihiatric.

b) Factori endogeni de rezistenţă — care împiedică din interior producerea schimbării, şi

c) Factori de limitare — care constituie piedici în calea difuzării unor idei noi şi a unor practici în sistemul de asistenţă psihiatrică.

a) Factori exogeni de rezistenţă.

1. — Rezistenţa mediului înconjurător faţă de schimbări.

De obicei, comunitatea, în ansamblu, nu încurajează sau nu aşteaptă schimbări în asistenţa psihiatrică, în afară de cazul cînd, în funcţionarea internă a acestuia se declanşează o criză. În asemenea situaţii există convingerea — răspîndită adesea chiar de psihiatri — că boala mintală şi bolnavul psihic sînt „obiecte" în sens psihodinamic, care suportă rejecţia comunităţii şi îşi găsesc soluţia în mîinile şi prin puterea numai a psihiatrului.

2. — Incompetenţa agenţilor externi.

Majoritatea persoanelor din afara corpului medical ca şi din conducerea comunităţii, ştiu prea puţine lucruri despre boala mintală şi bolnavul psihic (sau sînt îndrumaţi să creadă că ştiu prea puţin despre aceste subiecte) pentru a putea judeca valoarea unei schimbări în sistem. Afirmaţia, poate fi adevărată şi pentru cea mai mare parte a practicienilor din afara psihiatriei care suportă consecinţele lipsei unei informări în domeniu. Să amintim în acest sens numai suspiciunea şi rezistenţa declanşată în rîndul nepsihiatrilor, a ideii şi apoi a realizării primului Laborator de Sănătate Mintală, în teritoriul nostru şi reacţia imediată : „de personalizare" — în sensul ataşării la identitatea inductorului inovaţiei, a unor intenţii „subversive" — a unora din interiorul şi din afara specialităţii. Majoritatea ameliorărilor propuse de noul model de asistenţă psihiatrică impunea şi impune să antreneze după sine schimbări în ceea ce trebuie să cunoască şi să execute psihiatrul, fapt care în profesia noastră se înrudeşte îndeaproape cu modul cum îşi concepe o persoană identitatea sa profesională. Cum valorile şi atitudinile se găsesc angajate în orice schimbare, deci şi în cea produsă de noua instituţie, atitudinile personale — acel self-system al psihologilor — a intrat inevitabil în joc. De aci a rezultat pentru noi, care am adoptat schimbarea, o mare anxietate, şi din partea celor care trebuiau să regîndească ceea ce le propunea introducerea noii practici, o rezistenţă prelungită. Dacă am creat cadrul organizatoric, cei din echipă fiind capabili să se adapteze pe plan „tehnologic", acestuia, n-am făcut nimic pentru facilitarea schimbărilor de atitudine şi de comportament care să ne permită adaptarea pe plan emoţional la noul mod de travaliu. Ce consecinţe practice au rezultat de aici ! În primul rînd a trebuit să reevaluăm cadrul şi practica noii formule propuse în funcţie de semnificaţia sa, pentru cei care au acceptat să lucreze în ea. Această semnificaţie nu e apreciată neapărat cu ochii celor care am introdus schimbarea, mai precis am constatat că personalitatea sau sistemul de valori a unui psihiatru este un indicator mai puţin adecvat al atitudinii sale faţă de schimbare, decît modul în care el percepe efectele noului cadru asupra propriilor sale interese şi obiective în cadrul practicii sale. Ceea ce contează în ultimă instanţă este importanţa relativă pe care el o acordă avantajelor şi dezavantajelor fiecărei schimbări pentru propria sa persoană. Rezultă de aici că planificarea şi aplicarea practică a noilor concepte reprezintă un proces evolutiv, în urma căruia vechiul sistem instituţional şi cel nou adoptat, sînt modificate şi pentru realizarea echilibrului şi eficienţei necesită un timp îndelungat. Din nefericire, cunoştinţele noastre despre schimbarea în sistemele umane sînt mult rămase în urmă, în raport cu înţelegerea la la care am ajuns în cunoaşterea nevoilor practicii noastre. Ştim încă prea puţin despre modul în care persoanele îşi modifică atitudinile şi despre motivele care le determină să facă aceste modificări, despre comportamentul de grup despre munca în echipă, şi despre aspectele teoretice şi practice ale reciclării echipei psihiatrice, în vederea noilor tipuri de interacţiune, necesare într-un sistem psihiatric orientat către ambulator.

3. — Lipsa de încredere a psihiatrilor.

În general, medicii şi deci şi psihiatrii sînt ostili faţă de schimbările ce se introduc în munca lor, dacă ei nu au participat încă de la început la elaborarea lor sau dacă deciziile sînt luate de alte persoane în locul şefilor lor ierarhici statutaţi. Am constatat din proprie exeperinţă că purtătorul ideii schimbării este considerat ca o ameninţare pentru echilibrul sistemului şi provoacă adesea o reacţie de apel la ritualul practicilor existente. Ne-am formulat părerea că. în general, personalul medical care acţionează în specialitatea noastră este foarte sensibil faţă de critici, poate pentru că dintre toate instituţiile sistemul psihiatric, centrat de spital, este cel mai expus dintre toate sistemele medicale criticilor din partea întregii comunități și poate pentru că în nici un alt sistem nu este atît de mult solicitată interacțiunea dintre medic și pacient și dintre componenții echipei psihiatrice multidisciplinare.

4. — Absența unui agent al modificării.

In domeniul nostru de competență nu există o persoană anume care să aibă, formal, drept funcție expresă, obligația de a introduce și a demonstra superioritatea noii practici.

5. — Baza științifică insuficient dezvoltată, cadru juridic incomplet.

În domeniul psihiatriei cercetările sînt încă insuficient dezvoltate, o bună parte din ele nu au tangență cu problemele practice, iar unele concepte chiar fundamentale sînt încă ambigui, așa cum ambigui și fără un mecanism instituționalizat ferm sînt și unele practici ale specialității noastre. Am constatat dese ori, că în unele aspecte ale pracxis-ului nostru, între cererea forurilor ierarhice, cererea colectivității și punctul nostru de vedere nu există concordanță, ca și cum am opera în sisteme diferite avînd puține vederi comune și sisteme de codificare și comunicare adecvate ; mai precis beneficiile scontate abuziv în urma activității L.S.M.-ului nu au fost realizate niciodată, de aici concluzionîndu-se că validitatea noului sistem nu-i demonstrată. Uneori, în medicină, în general, dar mai ales în psihiatrie noile practici pot fi rareori justificate pe o bază științifică înaintea experimentării lor și fără o valoare foarte atentă și, oricum nu raportată numai la un singur criteriu (în cazul nostru în morbiditatea prin incapacitate temporară de muncă).

6. — Pe de altă parte mediul profesional psihiatric este insuficient controlabil, deoarece activitatea de bază, consultația, se desfășoară în afara oricărui contact concomitent cu alte persoane ; prin urmare, este greu să obții informații demne de încredere pentru a ști cînd activitatea de examinare, diagnostic și tratament are, într-adevăr, nevoie de a fi modificată. Cît despre bolnavi, ei înșiși nu au dreptul de obicei, să-și spună părerea despre psihiatru și nu au la dispoziția lor decît mijloace de a reacționa. De altfel, criteriile folosite pentru a aprecia eficiența muncii psihiatrului depind în mod curent de scara de valori a unui inspector sau a unui conducător administrativ, ultimul fără pregătire și deci competență în domeniul de apreciere.

b) Factori endogeni de rezistență.

1. — Confuzia obiectivelor. Problema aceasta, pentru noi, prezintă două aspecte : faptul că obiectivele sistemului instituțional psihiatric sînt contradictorii și faptul că diferiții lui membri (psihiatrii, bolnavii, familiile, grupurile profesionale) pun accentul în mod preferențial, pe serii de obiective deosebite, sprijinind unele, blocînd sau luptînd împotriva altora. Așa cum spune MILES „deoarece activitatea de psihiatrie trebuie să-i modeleze pe bolnavi în sensul dorit de societate, și deoarece instituțiile psihiatrice funcționează într-un mediu de „control“ local, printre numeroase alte subsisteme, care nutresc toate, speranțe în ceea ce privește bolnavul, așteptările sînt în general (a) vag exprimate, (b) multiple, ca natură, pentru că lumea așteaptă de la psihiatrie să facă o mulțime de lucruri diferite, pentru a răspunde dorințelor numeroaselor colectivități ale mediului și (c) contradictorii — întrucît aceste diverse „colectivități riscă să dorească lucruri incompatibile“. Astfel se consideră că spitalul de psihiatrie trebuie să asigure recuperarea și integrarea pacienților în societatea contemporană, adică într-o societate cu ritm de dezvoltare alert și în perpetuă schimbare, în minimum de timp (dacă e posibil în 7 zile) cu minimum de mijloace (numai cu proceduri biologice, în condițiile lipsei de spațiu, absenței atelierelor protejate, etc.) și cu maximum de eficiență (adică să scoatem din spital niște pacienți curați, ascultători, vioi, hotărîți să lupte pentru reușită). Or, obiectivele respective se dovedesc adesea incompatibile.

— Aceeași ambiguitate am constatat-o și în sistemul psihiatric ; recuperarea și deci integrarea bolnavului psihic vizează o reinserție cu maximum de sociabilitate, autonomie (muncă în grup, autoinstruire, randament mediu) și libertate pentru personalitatea celui vizat, componență specific umană a funcției generale de adaptare, în timp ce personalul medical din instituțiile de psihiatrie propovăduiește supunerea, conformismul, autodisciplina și rutina.

2. — Lipsa unor recompense pentru cei care lucrează în sistemul activității ambulatorii. Psihiatrii ca și restul personalului din echipă nu primesc recompense atunci cînd încearcă să introducă sau să aplice proceduri noi sau cînd își oferă bunele servicii în afara timpului de lucru sau în afara unității de încadrare. Surorile primesc salarii mai mici, li se încarcă timpul cu situații scriptice inutile (rapoarte scrise de activitate zilnică) și întreaga echipă se lovește de rezistența unor administratori charismatici sau birocrații ; mai mult cei care introduc sau au introdus schimbări, nu sînt mai bine plătiți decît cei care le resping și, în plus, se expun riscului unor eșecuri posibile încît experiența ne-a dovedit că e puțin rentabil și oricum inconfortabil să lupți împotriva rutinei, uniformității abordării sau comportamentelor închistate.

3. — Dat fiind faptul că, spitalele au o motivație economică mediată, ele simt puțin nevoia de a se preocupa de îmbunătățirea serviciilor pe care le asigură ; așa cum notează REICHART, „Spitalul de Psihiatrie se află într-o situație de excepție, deoarece a fost creat ca monopol de către societate, pentru a face ceea ce societatea îi cere, și anume să extragă din compoziția ei pe acei care îi încalcă valorile, cotumele, etc., fără ca ea să-și facă critica reacției față de aceștia. Mai mult, pentru o anumită categorie dintre ei, pacienții nu sînt liberi să accepte sau să respingă serviciile unui sistem obligatoriu de tratament. În consecință, colectivitățile — familii, grupuri profesionale, etc. — consideră sistemul psihiatric o instituție eficace și securizantă, numai în măsura în care are statornicie, propovăduiește conformismul la norme și asigură vindecarea după temeiurile și modelul medical al acesteia.

Dacă acestui context i se adaugă dotarea tehnologică redusă, starea precară a clădirilor, vetuste și nefuncționale și faptul că psihiatrii opun rezistență față de criticile venite de la nepsihiatri, revendicînd o autonomie totală pentru a-și administra bolnavul, vom înțelege de ce diagnosticarea deficienților, care este în mod normal condiţia prealabilă a oricărei schimbări, este întîrziată sau respinsă.

6. — Ne-am convins din practica noastră că este greu de stabilit randamentul organismelor psihiatrice. Numeroasele rezultate devin vizibile într-un răstimp mai îndelungat. Această dificultate, poate servi drept argument împotriva criticilor din afară şi îndeosebi a celor care vizează eficacitatea practicii psihiatrice. Dat fiind faptul că obiectivele sistemului psihiatric în contextul actual sînt aşa cum am mai arătat, vagi, multiple, contradictorii şi încărcate de un conţinut efectiv, de ce să fie psihiatrii obligaţi să-şi schimbe atitudinile şi metodele practicii profesionale, dacă e imposibil de dovedit că o metodă ar fi mai potrivită decît alta pentru obţinerea unor rezultate mai bune. Experienţa ne-a arătat că, realizarea unor măsurători exacte în limitele înguste ale unui anumit cadru pentru un număr redus de variabile, poate încuraja schimbarea şi stimula psihiatrul la activitatea în ambulator. Aşa s-a întîmplat, de exemplu, în cazul cercetărilor efectuate după cîteva criterii în cadrul unor întreprinderi, avînd o problematică psihiatric, sau atunci cînd ne-am propus să urmărim frecvenţa recăderilor, rata reinternărilor şi gradul remisiei în cursul tratamentului cu N.A.P.

7. — Prioritate — angajamentelor curente. Sînt rari psihiatrii care găsesc răgazul necesar pentru a sonda deficienţele sau pentru a se informa în legătură cu practicile de viitor, copleşiţi de treburile rutiniene şi de numărul mare de cazuri de rezolvat, fiecare dintre noi răspunzînd de un număr de probleme colaterale şi consumînd o mare cantitate de energie pentru amenajarea şi optimizarea raporturilor interpersonale din interiorul sistemului, ne rămîne foarte puţin timp la dispoziţie pentru activităţi creatoare. În legătură cu cele de mai sus, am constatat că sistemul nostru instituţional consacră foarte puţine resurse pregătirii personalul său. Perfecţionarea pregătirii profesionale şi instrucţia permanentă, sînt considerate probleme personale. Aşa de pildă, am ieşit în ambulator, mai curînd din motive de oportunitate de cît, ca expresie a unei convingeri sau unor planuri deliberate, în mod mai curînd sporadic decît permanent, urmărind problemele, una aici — alta dincolo, în loc de a opera potrivit unei scheme cumulative şi integrate, dar oricum am pătruns în colectivitate, fără însă să fi întreprins vreun efort de pregătire sistematică a personalului şi de modelarea lui conform noii practici. Acesta, lucrează şi continuă să lucreze artizanal, empiric şi intuitiv. Ar fi instructiv să precizăm criteriile după care am putea asigura maximum de dezvoltare şi eficienţă a sistemului nostru instituţional, în acelaşi timp însă n-ar fi lipsit de interes să corelăm această dezvoltare cu eforturile de pregătire a tuturor celor care lucrează în domeniul nostru de competenţă după o progresie logică, de la instruire la utilizare. Ne-am propus să instruim pe unii din colaboratorii noştri, în legătură cu modalităţile de intervenţie la domiciliul bolnavilor şi să le facilităm aprofundarea de cunoştinţe şi modele de comportament în cadrul psihiatriei sociale. Ideia a apărut poate prea futuristă sau prea utopică — deşi e foarte utilă pentru obiectivele noastre actuale — întrucît a rămas la nivel de enunţ.

Cred că principalele critici aduse modelului nostru de activitate se referă la faptul că el e prea naiv axat pe practician, că încalcă realitatea activităţii în echipă, că ţine prea puţin seama de priorităţile momentului, că socoteşte pacienţii persoane manevrabile şi, în sfîrşit impune ca valori şi probleme date nefundamentale şi nu caută soluţii optime la problemele de funcţionare. Dacă am împinge acest raţionament mai departe am fi probabil obligaţi să recunoaştem că un astfel de model porneşte de la un principiu „parternalist" şi anume, că rezultatele cele mai bune sînt obţinute numai de către şefi sau experţi de la care aşteptăm dispoziţii aplicabile şi care să decreteze ce e bun pentru noi practicienii, mai curînd făcînd planuri şi elaborînd instrucţiuni aplicabile nouă decît colaborînd cu noi.

8. — Lipsa unui model. Ca regulă generală în contextul activităţii psihiatrice elaborarea de practici noi care să răspundă noilor necesităţi este de dată recentă şi nu a căpătat încă girul generalizării.

Cum aceste activităţi sînt structuri ierarhice, schimbările se impun de sus; ele nu se produc la locul de muncă. Pe de altă parte psihiatrilor rareori le stă-n putere să schimbe o practică dincolo de limitele cabinetului lor — şi, de altfel, nici nu li se cere acest lucru, iar atunci cînd li se cere să adopte metodele altor colegi şi consideră asta drept o critică faţă de propriul lor comportament.

De altfel, numeroase descrieri de personalitate, întreprinse în Europa şi America de Nord îi înfăţişează pe psihiatrii drept conformişti, conservatori, lipsiţi de îndrăzneală pe plan social, preocupaţi să placă, mai pasivi şi mai puţin hotărîţi să lupte pentru reuşită, în comparaţie cu persoane avînd alte profesii Aşa cum susţine PAUMELLE şi PREVOST în numeroase instituţii psihiatrice principala atitudine a conducerii în faţa vulnerabilităţii sistemului de practică psihiatrică şi a diverselor exigenţe manifestate de mediul înconjurător este pasivitatea şi spiritul dorit. Este şi cazul nostru; cu excepţia directorului medical, Sttaf-ul administrativ consideră implicit că nu are nici o posibilitate de a lansa, de a elabora, de a dezvolta, de a face lucrurile să progreseze, avînd grijă să menţină statuxoul sau să-şi manifeste dezacordul faţă de „ceva sau de cineva".

c) Factori de limitare.

1. — Compartimentarea personalului şi a secţiilor. Diferitele secţii ale sistemului nostru instituţional au un grad redus de interdependenţă ceea ce face ca difuzarea informaţiei să fie dificilă, iar schimbările produse într-unul din elementele dispozitivului să nu fie cunoscut de celălalte. Astfel eşecul sau reuşita unui coleg are puţine repercursiuni asupra colegului din secţia vecină. Această slabă coordonare reduce curentul de informaţii despre noile concepţii şi practici, iar dinamica informaţiei poate căpăta distorsiuni cu efecte negative în interiorul şi dincolo de graniţele sistemului nostru. Legat de aceasta practica noastră în ambulator ne indică o utilizare incompletă a resurselor şi că nu totdeauna folosim corect întreg potenţialul, cel

mai adesea oamenii, şi nu numai oamenii, fiind utilizaţi sub capacitatea lor. În acelaşi sens, coeziunea de grup este cea care defineşte forţa instituţiei şi că, instituţia influenţează la rîndul ei pe fiecare din membrii săi. Cu toată imprecizia conceptului, sentimentul de satisfacţie are un rol important în randamentul activităţii noastre, specialiştii în problemele comportamentului vorbind deseori despre, „securitatea psihologică", despre „libertatea psihologică" sau „despre încredere şi deschidere" în relaţiile membrilor echipei. Aşa cum susţine KARL ROGERS, şi observaţia noastră confirmă acest lucru, un sistem psihiatric sănătos centrat pe practica de ambulator trebuie să manifeste tendinţa de a inventa noi proceduri, de a se orienta spre noi obiective, de a creia noi tipuri de relaţii între pacienţi şi membrii echipei, de a se diversifica şi a deveni tot mai diferenţiat, pe măsura trecerii timpului. Referitor la cele de mai sus, s-ar putea spune că practica noastră în laborator nu a crescut, nu s-a dezvoltat şi nici nu s-a schimbat în sensul unor raporturi realiste şi eficiente cu problemele puse şi că se limitează la stocarea rutinei şi la conservarea normelor. Capacitatea noastră de a opera schimbări menite să remedieze propriile defecte de funcţionare este redusă şi se exercită mult mai lent decît ciclul schimbărilor produse în planul comunităţii în care ne aflăm înseraţi. În definitiv, problema nu constă în prezenţa sau în absenţa unor dificultăţi, ci în modul cum practicianul, echipa, secţia le rezolvă. Dacă sistemul nostru de practică ar fi eficient, problemele ar fi soluţionate cu (a) preţul unor cheltuieli minime de energie, (b) rezolvarea lor ar fi durabilă, (c) iar mecanismele implicate în rezolvarea problemelor nu ar fi slăbite, ci menţinute sau întărite. Or lucrurile, o ştim cu toţii, nu stau astfel şi de asemenea ştim că oricine poate primi dispoziţia să adopte ceva, dar nimeni nu poate primi ordinul de a creia ceva nou. Adaptarea impusă riscă, totuşi, să fie superficială şi efemeră, deoarece reprezintă mai degrabă un act de supunere decît un act de identificare sau asimilare. A relata, a arăta, a ajuta, a implica, a pregăti, a interveni, sînt tot atîtea tehnici compatibile cu strategia activităţilor de psihiatrie socială şi cu munca celor puşi s-o pună în practică. „Dar este inutil să cităm fapte şi cifre, dacă singura modalitate eficace de a cîştiga un adept, este să-i implorăm, consimţămîntul".

Atitudinea noastră în faţa opoziţiei practicii psihiatrice în ambulator a evoluat în general ca o stare reactivă în trei faze :

— disperarea, revolta şi curajul realist. Am simţit din plin avatarurile inerente ale primelor două stări şi ne concentrăm acum eforturile către cea de a treia. Creind curajos, împotriva vînturilor şi a mareii, acele facilităţi şi servicii pe care le considerăm utile bolnavilor noştri şi pentru care am achiziţionat o oarecare competenţă ne fundamentăm şi consolidăm dreptul la cetate. Oferta permite înţelegerea nevoilor, nevoia suscită cerinţa, iar cerinţa forjează instituţia practicii de ambulator.

Cunoscîndu-ne meseria într-o perspectivă a ramificaţiei pluridisciplinare şi făcînd-o accesibilă celor care au nevoie de ea, cu preţul chiar a unor sacrificii personale, putem aduce o contribuţie de substanţă în combaterea fenomenelor socio-patologice şi putem avea autorizaţia unor acţiuni grupale mai valide şi mai gîndite, mergînd de la psihoterapia de grup şi socioanaliză la aceia de consilieri ai colectivităţilor ; în felul acesta acţiunea noastră implantată în grupurile industriale, organizaţionale, şcolare sau de altă natură va depăşi empirismul şi intuiţia umanitară şi va căpăta rigoarea unei acţiuni clinice gîndite şi fondate.

DATE STATISTICE PRIVIND ACTIVITATEA PSIHIATRICĂ AMBULATORIE ÎN JUDEŢUL BACĂU

V. Chiriţă, Maria Rusu, G. Zichil, I. Răus, I. Creţu
— Bacău

Creşterea solicitărilor de asistenţă medicală calificată pentru tulburări şi demodulări psihice implică pe lîngă măsuri de ordin organizatoric, acţiuni de cercetare în scopul cunoaşterii morbidităţii din teritoriu şi al estimării realiste a măsurilor profilactico-curative ce se impun. Pentru aprecierea necesităţilor şi posibilităţilor reţelei de psihiatrie am efectuat o analiză statistică a activităţii psihiatrice ambulatorii în judeţul Bacău pe perioada 1974—1979 jalonată pe următoarele aspecte :

1. Numărul de consultaţii psihiatrice în ambulator, respectiv la L.S.M. Bacău şi cabinetul de psihiatrie din Policlinica Ghe. Gheorghiu-Dej înregistrează statistic următoarele date : — 1976 : consultaţiile de specialitate (psihiatrie + neuropsihiatrie infantilă) reprezintă 6,1% din totalul consultaţiilor medicale pe judeţ (adulţi + copii) şi 8,8% din totalul consultaţiilor acordate la adulţi ; — 1977 : 5,5% din totalul consultaţiilor medicale şi 8,2% din totalul consultaţiilor adulţi ; — 1978 : 6,1% din totalul consultaţiilor medicale şi 8,8% din totalul consultaţiilor adulţi ; — 1979 : 6,6% din totalul consultaţiilor medicale şi 9,5% din totalul consultaţiilor adulţi.

Pentru a sublinia valoarea acestor indici am procedat la compararea lor cu indicii realizaţi de numărul consultaţiilor la cabinetele de Cardiologie şi Oncologie, cu menţiunea că aceste cabinete funcţionează numai în municipiul Bacău. Astfel consultaţiile de cardiologie raportate la totalul consultaţiilor pentru adulţi reprezintă 3,5% în 1976, 3,4% în 1977, 2,4% în 1978 şi 2,7% în 1979, iar consultaţiile oncologice 1,2% în 1976 şi 1977, 1,09% în 1978 şi 1,1% în 1979.

2. Numărul de bolnavi spitalizaţi la nivelul judeţului. Existenţa a două secţii de psihiatrie în municipiul Bacău cu 56 paturi şi Ghe. Gheorghiu-Dej cu 42 paturi a permis internarea în perioada menţionată a unui număr crescut de bolnavi : 1 422 în 1976, 1 724 în 1977, 1 722 în 1978 şi 2 079 în 1979. Dintre aceştia o serie de bolnavi cu evoluţie prelungită au putut fi spitalizaţi timp mai îndelungat în secţia exterioară Dămieneşti cu o capacitate de 65 paturi.

3. Morbiditatea prin boli psihice — incidenţa cazurilor noi depistate realizează la nivelul judeţului raportat la totalul de cazuri noi următorii indici : 0,69% în 1974, 0,80% în 1975, 0,81% 1975 şi 1976, 0,80% în 1977, 0,72% în 1978 şi 0,60% în 1979.

4. Incapacitatea temporară de muncă prin boli psihice şi boli ale sistemului nervos reprezintă 7,0% din totalul I.T.M. prin îmbolnăviri şi 8,1% din I.T.M. prin boală fără boli profesionale şi accidente de muncă în anul 1974, 7,3% şi respectiv 8,4% în anul 1975 şi 8,6% şi 10,1% în anul 1976, 8,0% şi 9,1% în anul 1977. În anul 1978 I.T.M. numai prin boli psihice reprezintă 4,2% din totalul I.T.M. prin îmbolnăvire şi 5,1% din totalul I.T.M. prin boală fără boli profesionale şi accidente de muncă, iar în anul 1979 3,7% şi respectiv 4,6 %.

5. Bolile psihice cronice rămase în evidenţă la sfîrşitul anului înregistrează următoarele cifre : 2 145 în anul 1975, 2.106 în 1976, 2.068 în 1977, 2.128 în 1978, 1 926 în 1979. Prin comparaţie bolile cronice cardio-vasculare realizează cifre mult mai mari : 9 519 în 1975, 7 738 în 1976, 8 358 în 1977, 8 079 în 1978 şi 7 327 în 1979.

6. Numărul de pensionari prin boli psihice reprezintă din totalul de pensionari 8,1% în 1975, 10% în 1976, 9,9% în 1977, 10,4% în 1978, 11,4% în 1979, fiind în uşoară creştere. Din totalul grupelor de afecţiuni aceşti indici sînt depăşiţi de bolile cardio-vasculare care ajung la 17,4% în 1975, 17,5% în 1976, 18,9% în 1977, 19,4% în 1978, 19,3% în 1979, fiind de asemenea în creştere.

Din datele sumar prezentate şi care reprezintă doar o parte a activităţii psihiatrice ambulatorii reţinem ponderea importantă a problemelor de psihiatrie în cadrul activităţii medicale în general şi îndeosebi a activităţii psihiatrice ambulatorii cu sarcini sporite faţă de staţionar. Acestea se datoresc pe de o parte creşterii adresabilităţii populaţiei ca expresie a conştientizării stării de sănătate mintală, iar pe de altă parte lărgirii atribuţiilor psihiatrului, căruia prin organizarea L.S.M., îi revin, pe lîngă sarcinile tradiţionale de profilaxie şi tratament, atribuţii crescute de depistare activă prin acţiuni de cercetare ştiinţifică şi de dispensarizare a bolnavilor cronici pe grupe de afecţiuni cu urmărirea pe etape a tratamentului indicat. În această situaţie este evident că se impun atît măsuri de organizare şi dezvoltare a reţelei de psihiatrie cît şi acţiuni susţinute profilactico-curative în paralel cu acţiuni de cercetare în cele mai diverse medii pentru depistarea factorilor de risc şi eşec adaptativ cu adoptarea celor mai eficiente măsuri de profilaxie. Activitatea profilactică se poate concretiza şi totodată extinde prin colaborarea permanentă cu reţeaua de medicină generală care poate veni în sprijinul reţelei de psihiatrie ambulatorii printr-o activitate de echipă şi prin cunoaşterea aprofundată a situaţiei din teritoriu, permiţînd astfel depistarea şi tratarea precoce cu efect salutar în ameliorarea morbidităţii prin boli psihice.

The statistical analysis of the psychiatric ambulatory activity leading to thoroughly knowledge of the morbidity by psychic illness and of its weight in the general medical activity allows estimations on the possibilities and ways of organising and developing of psychiatric network concomitant with the extension of the colaboration with the general medicine with the purpose of an efficient profilaxy.

NEUROLEPTICELE DE DEPOZIT ÎN CADRUL CUREI DE ÎNTREŢINERE ÎN SCHIZOFRENIE

Al. Secăreanu, Aurelia Sîrbu, T. Neamţu
— Cluj-Napoca

Apariţia preparatelor neuroleptice de depozit reprezintă în mod incontestabil un moment de referinţă în psihofarmacologie şi în psihiatrie în general, deoarece ele au deschis noi perspective în terapia medicamentoasă a psihozelor, oferind facilităţi terapeutice substanţiale.

Subliniem în primul rînd că realizarea curelor neuroleptice de întreţinere cu astfel de preparate, a făcut ca tendinţele moderne de promovare în mai mare măsură a terapiilor ambulatorii şi semiambulatorii să ia o amploare din ce în ce mai mare.

Sintetizînd avantajele neurolepticelor de depozit V. Predescu (1975) arată că acestea se înscriu în mai multe planuri şi anume : clinico-farmacologic, tehnic, psihologic, economic şi experimental.

După cum este cunoscut în ansamblul metodelor de recuperare a psihozelor, cura neuroleptică de întreţinere reprezintă un factor de bază, asigurînd starea de remisie clinică, pe fundalul acesteia intervenindu-se cu celelalte măsuri care vizează recuperarea bolnavilor psihotici.

Deşi problemele curei neuroleptice de întreţinere par relativ simple în formularea lor teoretică avînd elemente specifice în funcţie de preparatele standard sau de depozit, practica demonstrează că ea ridică numeroase probleme pe diferite planuri.

Intr-un studiu anterior (1977), am arătat pe un lot de 50 de bolnavi schizofreni care au necesitat reinternări relativ frecvente, că în cadrul curelor de întreţinere cu neuroleptice standard, numai 2% din bolnavi au urmat cura sistematic, 58% doar intermitent, iar 40% nu au efectuat-o deloc. Această situaţie se datora cu precădere unor factori denumiţi de noi subiectivi şi care vizau sfera problemelor socio-familiale cu toate implicaţiile lor, cît şi a necontinuării curei, (deoarece bolnavul se simţea iniţial bine), şi în mică măsură factorilor obiectivi, respectiv efecte adverse la neuroleptice sau aspectele evolutive particulare ale schizofreniei.

În aceeaşi lucrare am arătat că în condiţiile curei de întreţinere menţionate anterior, durata medie a remisiilor clinice se situa cu o predominanţă netă sub 1 an.

Prin calităţile lor, neurolepticele de depozit răspund în cea mai mare măsură problemelor specifice a curei de întreţinere, deoarece alături de acţiunea antipsihotică cel puţin egală cu neurolepticele standard, asigură constanţa aplicării terapiei, printr-o schemă comodă pentru bolnav, ritmul de administrare fiind în medie lunar, oferind totodată posibilităţi de apreciere corectă.

Printr-o bună cunoaştere a proprietăţilor şi spectrului de acţiune a neurolepticelor de depozit, efectele adverse la administrarea acestor preparate, pot fi evitate sau în orice caz să nu ocazioneze impedimente, care să necesite întreruperea terapiei.

După cum arată F. Ayd (1975), terapia cu neuroleptice de depozit reclamă acumularea unei experienţe de către medic, astfel încît să se administreze doze cît mai mici dar care să asigure un efect terapeutic bun, dublată de un interval de administrare cît mai lung posibil.

Neurolepticele de depozit par a inaugura un nou tip de tratament, cu valenţe calitative particulare, deoarece dozele totale sînt incomparabil mai mici comparativ cu neurolepticele standard, iar rezultatele sînt cel puţin egale cu ale acestora din urmă.

IPOTEZA ŞI METODA DE LUCRU. Scopul lucrării este reprezentat de studiul eficienţei terapiei neuroleptice de întreţinere cu preparate de depozit în schizofrenie, printr-o abordare multidimensională, respectiv prin urmărirea problemelor clinice majore, dar şi prin luarea în considerare a unor indicatori socio-profesionali.

Din aceste considerente am luat în studiu bolnavi schizofreni care au efectuat cura de întreţinere în mod ambulator, fiind în evidenţa Laboratorului de Sănătate Mintală Cluj-Napoca, la care dispunem de cel puţin un an de observare, studiul axîndu-se în principal pe urmărirea evoluţiei clinice şi socio-profesionale, în relaţie cu forma clinică de schizofrenie, intervalul de timp scurt de la debutul maladiei şi instituirea terapiei cu preparate de depozit, tipul anterior de evoluţie a psihozei, în special prin estimarea puseelor psihotice anterioare. Un alt aspect major urmărit este reprezentat de efectele adverse şi rezolvarea lor.

Metoda de lucru a fost aceea a urmăririi bolnavilor în contextul dispensarizării, printr-un control lunar la nivelul cabinetului din LSM, iar la o parte din bolnavi chiar prin cercetări în teren. Alături de urmărirea bolnavului la majoritatea cazurilor s-au discutat şi evaluat rezultatele şi cu un membru din familie.

PREZENTAREA REZULTATELOR ŞI DISCUŢII. Cazuistica este reprezentată de un număr total de 164 de bolnavi cu diferite forme clinice de schizofrenie, care au efectuat în mod ambulator, terapie de întreţinere cu preparate de depozit.

Criteriul unic de selecţionare pentru acest studiu a fost acela de a dispune de cel puţin un an de observare în terapia cu neuroleptice de depozit.

Datele referitoare la sex, vîrstă şi statutul profesional al cazuisticii studiate sînt sintetizate în Tabelul nr. 1.

Tabel nr. 1

Sex		Vîrsta în ani				Status profesional				
									Pensionari	
M	F	sub 20	20—29	30—39	40—49	peste 50	neîncadrat	încadrat	gr 3	gr 2
65	99	6	68	45	30	15	20	82	13	49

După cum se poate remerca există o predominanţă a sexului feminin, majoritatea bolnavilor fiind în a 2-a şi a 3-a decadă de vîrstă, iar numărul celor încadraţi profesional şi al pensionarilor gr. 3, depăşeşte sensibil pe cel al neîncadraţilor şi a pensionarilor gr. 2.

Tabelul nr. 2 ilustrează forma clinică şi momentul instituirii tratamentului.

Tabel nr. 2

Forma clinică de schizofrenie				Timpul de la debut în ani				
Paranoidă	Simplă	Catatonică	Cronică	1—3	3—5	5—10	Peste 10	Sub 1
129	21	7	7	45	24	55	36	6

Se observă predominanţa netă a formei paranoide, situaţie pe care am întîlnit-o frecvent şi în alte statistici. În ceea ce priveşte intervalul de timp scurs de la debutul maladiei şi momentul instituirii sistematice a terapiei cu preparate de depozit, numărul bolnavilor la care debutul este de peste 5 ani depăşeşte uşor pe al acelora sub 5 ani. Explicaţia acestei situaţii rezidă în faptul că aplicarea sistematică a unui tratament cu neuroleptice de depozit, la un număr mare de bolnavi a început în urmă cu 3 ani, astfel încît în mod inerent există o predominanţă a bolnavilor care au început acest gen de terapie de întreţinere la peste 5 ani de la debutul schizofreniei.

În direcţia tipului general de evoluţie, anterior instituirii terapiei cu preparate de depozit, deoarece se ridica problema reconstituirii catamnestice a evoluţiei, am optat ca ideie principală pentru puseele psihotice şi a periodicităţii lor, fapt semnificativ şi din punct de vedere clinic, dar în mod obiectiv şi mai facil de reconstituit de către bolnav sau familie. Datele esenţiale în acest sens sînt prezentate în tabelul nr. 3.

Tabel nr. 3

Tip general de evoluţie înaintea aplicării terapiei cu neuroleptice de depozit		
Pusee psihotice la un an	Pusee psihotice la 1—3 ani	Evoluţie de tip procesual
65	88	11

După cum se poate remarca, cazuistica cuprinde în majoritate bolnavi care au prezentat în special un puseu psihotic la un interval de timp situat între 1—3 ani, în total 88 de cazuri, faţă de cei care aveau în medie un puseu psihotic la interval de un an. sau al acelora cu evoluţie procesuală, care însumaţi reprezintă un număr de 76 de cazuri.

Administrarea neurolepticelor depot, parţial şi în funcţie de disponibilităţi, s-a efectuat cu două mari clase de substanţe, respectiv al derivaţilor de fluopentixol sau a derivaţilor de flufenazină, aflate în circulaţie sub diferite denumiri comerciale.

Tabel nr. 4

FLUOPENTIXOL	FLUFENAZIN			
decanoat	enantat		decanoat	
Fluanxol depot	Moditen depot	Lyogen	Modecate	Mirenil
68	54	24	14	4

Referitor la timpul de observare a evoluţiei bolnavilor în terapie de întreţinere cu preparate de depozit situaţia este prezentată în tabelul nr. 5.

Tabel nr. 5

Timp de observare în cură de întreţinere cu neuroleptice de depozit		
1 an	2 ani	3 ani
92	61	11

După cum rezultă din Tabelele nr. 4 şi 5, terapia de întreţinere a fost efectuată preponderent cu Fluanxol-depot şi Moditen-depot, iar ca timp de observare a evoluţiei cazuisticii, majoritatea bolnavilor sînt în evidenţă de 1 an sau 2 ani.

Ritmul de administrare a fost lunar, administrîndu-se următoarele doze: Fluanxol depot — 20 mg; Moditen depot — 25 mg; Lyogen — 25 mg; Modecate — 25 mg; Mirenil — 25 mg.

În ceea ce priveşte aprecierea rezultatelor, pentru a asigura un sistem unitar am utilizat o scară valorică cu 4 nivele de rezultate apreciate convenţional ca foarte bune, bune, satisfăcător şi nesatisfăcător. Încadrarea cazurilor pe scara de evaluare realizîndu-se pe baza unor criterii combinate clinice şi de ordin socio-profesional după cum urmează:

Tabel nr. 6

Tipul rezultatelor globale	Remisie clinică	Integrare socio-familială	Integrare profesională
FOARTE BINE	completă	neproblematică	muncă calificată cu solicitări
BINE	completă	neproblematică	muncă cu calificare medie sau necalificată
SATISFĂCĂTOR	completă sau defectual	neproblematic, sau problematic episodic	integrat sau neintegrat; pensionar
NESATISFĂCĂTOR	defectual sau procesual	problematic permanent	neintegrat sau pensionar

Se poate remarca alături de criteriul clinic principal reprezentat de starea de remisie clinică, cel social şi profesional aduc un plus de informaţie în aprecierea rezultatelor.

Credem că aprecierea rezultatelor în maniera pe care am menţionat-o, indică de fapt, potenţialul terapiei cu neurolepticele de depozit, în condiţiile unei dispensarizări active şi în contextul asistenţei şi rezolvării problemelor sociale şi profesionale ale bolnavului schizofren, pe care le poate oferi Laboratorul de Sănătate Mintală, ca tip de unitate sanitară cu un profil aparte bine individualizat. După aceste precizări, prezentăm în tabelul nr. 6 rezultatele.

Tabel nr. 7

Aprecierea globală a rezultatelor			
Foarte bine	Bine	Satisfăcător	Nesatisfăcător
23	75	63	3

Se vede că majoritatea bolnavilor se încadrează la nivelul de apreciere foarte bine şi bine, rezultatele nesatisfăcătoare sînt minime, iar categoria celor apreciaţi ca satisfăcător reprezintă mai puţin de jumătate din totalitatea cazuisticii. Din studiul cazuisticii am căutat însă să desprindem şi unele corelaţii în legătură cu rezultatele obţinute şi forma clinică, timpul scurs de la debut şi instituirea terapiei de întreţinere cu neuroleptice de depozit, tip anterior de evoluţie şi vîrstă.

Ca forme clinice, cele mai bune rezultate s-au obţinut în cele paranoide, singura care a ocazionat aprecieri de foarte bine, iar rezultatele bune şi satisfăcătoare sînt aproximativ egale. Schizofrenia simplă a dat cel mai mare procent de aprecieri nesatisfăcătoare, iar formele catatonice şi cronice în general aprecieri de satisfăcător.

La cazuistica noastră timpul scurs de la debut pînă s-a instituit terapia cu preparate de depozit, nu a apărut ca un factor decisiv, deoarece la nivel individual am avut rezultate bune şi după 5 ani de evoluţie şi chiar şi peste 10 ani. Cu toate acestea rezultatele au fost net mai favorabile la bolnavii care evoluau de mai puţin de 5 ani.

O relaţie mai semnificativă am găsit între tipul de evoluţie, în maniera pe care am adoptat-o, şi rezultatele obţinute, în sensul că bolnavii care anterior au avut pusee psihotice mai rare, respectiv în medie unul la un interval de 1—3 ani, au ocazionat rezultate mai favorabile, decît cei ce au prezentat în medie un puseu psihotic la un an.

Rezultatele de foarte bine şi bine cuprind în mod covîrşitor decadele 2 şi 3 de viaţă, rezultatul de satisfăcător cuprinzînd un mare contingent de bolnavi în decada 4 şi 5, deşi per total în cadrul nivelului de satisfăcător repartiţia între decadele 2—5 nu prezintă diferenţe mari.

In ce priveşte rezultatele în relaţie cu neurolepticul de depozit pe care l-am administrat nu am găsit diferenţe. După părerea noastră spectrul de acţiune antipsihotică a preparatelor pe care le-am administrat, din punct de vedere practic poate fi considerat ca identic. Un alt fapt este acela că uneori proprietăţile sedative ale acestor preparate. cel puţin în dozele pe care le-am utilizat, au apărut ca insuficiente, astfel încît pentru fenomenele de nelinişte psiho-motorie, la 15% din cazuistică am adăugat la tratament neuroleptice sedative, clordelazin şi levomepromezin, cu rezultate bune clinice, şi fără ca această asociaţie medicamentoasă să producă nici un fel de reacţii adverse. De asemenea unii bolnavi au prezentat insomnii, după sau în cursul administrării de neuroleptice de depozit, situaţie care a fost rezolvată foarte bine prin asocierea a 25 mg levomepromazin, seara la culcare.

Reacţiile adverse au fost întîlnite la 5% din cazuistică şi au constat în fenomene de diskinezie, respectiv mişcări musculare involuntare cu precădere la membrele superioare, fenomene de akinezie, respectiv senzaţii de oboseală musculară şi senzaţia de „cedare a membrelor“ inferioare, cu precădere la nivelul genunchilor, fenomene de parkinsonism reprezentate de tremurături ale membrelor superioare localizate ectromielic.

De asemenea în relaţie cu fenomenele de hipotensiune unii bolnavi au relatat, puncte negre în cîmpul vizual cît şi tulburări pasagere de acuitate vizuală. Aceste reacţii adverse s-au manifestat precoce după administrarea preparatelor de depozit şi au cedat prompt la Romparkin (3 x 2 mg/zi), L—Dopa 1 tb 500 mg/zi, vitamina B 6 tablete sau fiole, administrate timp de 10 zile. La administrarea ulterioară, cu 3 zile înainte de aceasta s-a început administrarea de Romparkin 3 x 2 mg/zi, L—Dopa o două unică zilnică de 500 mg, Vit. B 6, medicaţie care a continuat încă 7 zile. În acest mod, reacţiile adverse nu au mai apărut, astfel încît la nici unul din cazuri, nu am fost obligaţi să întrerupem terapia. Semnalăm că la foarte mulţi bolnavi, în primele zile după administrare, au existat fenomene de somnolenţă diurnă care au cedat spontan.

În ceea ce priveşte nivelul de cooperare al bolnavilor la acest gen de terapie acesta a fost foarte bun, la 95% din cazuistică nu au fost nici un fel de probleme, tratamentul desfăşurîndu-se sistematic. La 5% din bolnavii care evoluau bine, după 3—5 luni de tratament, au început să nu mai coopereze, deoarece subiectiv se simţeau bine şi nu mai vedeau nici un motiv pentru care să mai continue tratamentul. La această categorie de bolnavi, după un timp variabil de 1—2 luni, s-au manifestat recăderi psihotice.

În funcţie de tipul simptomatologiei şi intensitatea lor, la aceşti bolnavi fie că s-a reluat tratamentul cu neuroleptice de depozit în condiţii ambulatorii, fie că a fost nevoie iniţial de o internare în staţionar, urmată apoi de reluarea administrării de neuroleptice de depozit, de acelaşi tip. După cum rezultă din cele arătate anterior bolnavii care au cooperat total, şi au efectuat cura sistematic nu au necesitat nici o internare în staţionar.

Din totalitatea cazuisticii studiate, un număr de 5 bolnavi au consumat alcool, deşi au fost sfătuiţi anterior în mod insistent să se abţină de la consumul de băuturi alcoolice. În această situaţie clinic bolnavii au prezentat fenomene de nelinişte psihomotorie şi stări anxioase, care au cedat prompt la administrare de meprobramat, timp de 3—4 zile. Concomitent s-a intervenit şi psihoterapeutic astfel încît aceşti bolnavi nu au mai consumat alcool. La 40% din bolnavii care evoluau bine, s-a început treptat să se mărească intervalul de administrare a neurolepticelor de depozit, de la 3—4 săptămîni la 5 sau 6 săptămîni, fără ca această evazare a datelor de administrare să afecteze rezultatele terapeutice.

Menţionăm că această distanţare a administrării nu s-a efectuat decît după un interval minim de 3 luni de administrare a preparatelor de depozit, sistematic la 3 săptămîni.

În final am dori să menţionăm că, după părerea noastră, din punct de vedere al eficienţei economice, deşi la prima vedere neurolepticele de depozit par scumpe, avînd în vedere faptul că asigură într-un înalt grad integrarea socio-profesională a bolnavilor, evită internările repetate, care sînt costisitoare, cît şi a posibilităţilor de mărire la majoritatea cazurilor a intervalul de administrare, pe ansamblul alături de rezultatele medicale bune, se realizează şi economii materiale, a costului asistenţei medicale.

CONCLUZII

1. În cadrul curei de întreţinere în schizofrenie, neurolepticele de depozit au o eficienţă terapeutică bună, atît în ceea ce priveşte menţinerea stării de remisie clinică, cît şi a integrării socio-profesionale.

2. Efectele antipsihotice bune sînt dublate de o bună suportabilitate, respectiv efectele adverse, apar în procente foarte mici şi pot fi controlate medicamentos. În funcţie de tipul de preparat utilizat nu am găsit diferenţe terapeutice decisive, dar reacţiile adverse au predominat uşor la derivaţii de flufenazină.

3. La cazuistica noastră am găsit că în general rezultatele au fost mai bune la bolnavii care aveau debutul maladiei situat la mai puţin de 5 ani, care erau în decada a 2-a şi a 3-a de vîrstă şi care anterior au prezentat cîte un puseu psihotic la un interval mediu de 1—3 ani, cu precădere în formele paranoide.

4. Dacă necesităţile terapeutice impun unele asocieri medicamentoase, experienţa noastră a indicat că neurolepticele sedative bazale şi tranchilizantele pot fi administrate fără nici un fel de impedimente, iar consumul de alcool trebuie evitat.

5. Practica măririi intervalului de administrare la 5 sau 6 săptămîni la cazurile care au evoluat bine pînă atunci, nu ocazionează scăderea eficienţei terapeutice şi ameliorează într-o măsură şi mai mare, indicele în general bun de cooperare a bolnavilor la acest gen de terapie de întreţinere.

6. Din multiple considerente, apreciem că eficacitatea economică a preparatelor neuroleptice de depozit, este mai mare decît a celor standard.

CONSIDERAŢII ASUPRA UNUI SCREENING PSIHIATRIC EFECTUAT CU OCAZIA EXAMENELOR DE ANGAJARE ÎN CÎMPUL MUNCII LA CABINETUL DE PSIHIATRIE DIN POLICLINICA INDUSTRIALĂ IAŞI

Th. Horopciuc, Georgeta Chiriac, C. Postelnicu, V.Hrimiuc
— *Iaşi*

Psihiatria constatativă capătă dimensiuni tot mai pregnante în activitatea medicului psihiatru practician. În condiţiile practicii psihiatrice curente din ţara noastră cel mai mare volum de activităţi în acest domeniu îl reprezintă examinările de specialitate efectuate cu ocazia angajării în cîmpul muncii, precum şi la stabilirea aptitudinii pentru serviciul militar obligatoriu.

Activitatea pe anul 1979 a Cabinetului de psihiatrie al Policlinicii industriale Iaşi ilustrează din plin asertiunile anterioare. Dintr-un total de 19 877 consultaţii, 6 825 au fost reprezentate de examene de specialitate cu caracter de medicină constatativă, precum examene pentru angajare în cîmpul muncii, controale periodice la persoane cu statut de oameni ai muncii practic sănătoase din punct de vedere psihiatric, examene pentru stabilirea capacităţii de a poseda permise de conducere auto, avize pentru şcolarizare în diferite meserii sau pentru calificare la locul de muncă, avize de înscriere la anumite activităţi sportive cu profil special precum pilotaj, planorism, paraşutism. Subliniem că în această statistică nu sînt incluse prestaţiile efectuate de personalul sanitar superior al cabinetului în vederea stabilirii aptitudinii pentru serviciul militar obligatoriu la nivelul organelor competente teritorial, activităţi care au impus un volum apreciabil de muncă şi implicit şi o cheltuială corespunzătoare din timpul legal afectat psihiatrilor pentru serviciu.

Datele noastre indică că aprovizativ 30% din timpul de muncă a unui psihiatru din reţeaua de asistenţă ambulatorie este ocupat de prestaţii de psihiatrie constatativă. Observaţiile noastre converg din acest punct de vedere cu cele ale colectivului de psihiatrie din municipiul Galaţi. În funcţie de conjuncturi situaţionale asemenea activitate ocupă zilnic, de regulă un buget de timp din activitatea psihiatrului cu variaţii între 12,5% pînă la 61,5% din totalul acestuia, adică 1½ ore pînă la 3½ ore pe zi din cele 7 ore de muncă pe care este obligat să le presteze în ambulator orice medic. Din datele noastre rezultă că examenele de psihiatrie constatativă de tipul celor deja enunţate au în general o eficienţă redusă în a depista prezenţa de boli sau suferinţe cu relevanţă psihiatrică clinică şi profesională. În 1979 la nivelul cabinetului sus-amintit s-au depistat în cadrul acestei activităţi numai 39 de persoane cu diverse afecţiuni psihice (nevroze, psihopatii, hipofrenii, debilităţi mintale, epilepsii etc.).

La examenele de psihiatrie constatativă o semnificaţie deosebită o prezintă persoanele recunoscute anterior ca bolnavi psihici prin prestaţii de specialitate la nivel de staţionare de psihiatrie sau diferite forme de asistenţă ambulatorie şi la care deja s-au stabilit într-un cadru instituţional de fiabilitate medicală indubitabilă diagnostice ca schizofrenie, psihoză maniaco-depresivă, epilepsie, psihopatii, nevroze, etilism etc. Atunci cînd asemenea persoane sînt depistate la angajare în privinţa antecedentelor lor psihiatrice, atît de cabinetele de psihiatrie, de medicina muncii, de expertiză medicală şi recuperare a capacităţii de muncă, dispensare medicale de întreprindere etc., cît şi de factorii de decizie din întreprindere cu concursul comisiilor de asigurări sociale şi pensionare, compartimentele de protecţia muncii etc., de regulă beneficiază de măsuri adecvate de reinserţie socio-profesională. Este necesar să subliniem receptivitatea factorilor de decizie din întreprinderi pentru recuperarea handicapaţilor, precum şi colaborarea lor de principiu cu organele medicale pentru realizarea acestui deziderat.

O situaţie specială cu implicaţii pe numeroase planuri o ridică însă acele persoane care nu-şi declară la examenul psihiatric la angajarea în cîmpul muncii antecedentele lor neuropsihiatrice, îşi escamotează de o factură deliberată, conştientă deficitul actual, nu cooperează de o factură sinceră cu medicul examinator pentru scopul propus în vederea recuperării. De cele mai multe ori este vorba de persoane care nu au mai avut anterior examinării statut de angajaţi, ca şi de tineri care nu au trecut printr-un sistem riguros de calificare. Prestaţiile medicale ulterioare ca şi intervenţiile la factorii de decizie sînt de cele mai multe ori paleative cu scopul de a corecta strategii profesional-existenţiale eronat elaborate.

Avînd în vedere importanţa examinării propriu-zise în vederea examinării considerăm că este util a ne opri asupra următoarelor aspecte. Doctrina noastră oficială ca şi prevederile formularisticii în vigoare preconizează la angajare examene neuropsihiatrice şi nu examene psihiatrice ca atare. Viaţa demonstrează că în atari situaţii fiabilitatea profesională a examenului neurologic efectuat de psihiatri este mai mare decît situaţia inversă a examenelor psihiatrice efectuate de neurologi. Antecedentele neuropsihiatrice, atît de importante în atari situaţii, sînt completate de regulă în fugă, sumar, incomplet de cel care înmînează solicitantului la angajare fişa medicală de examinare, documentul medical prin care specialiştii îşi materializează prestaţiile. Acesta este adeseori o persoană fără calificare medicală superioară şi fără capacitate de reprezentare asupra consecinţelor acţiunilor sale. Asemenea situaţii sînt de natură a-l perturba pe psihiatru la depistarea unor antecedente morbide privind afecţiuni ca epilepsiile, nevrozele şi uneori chiar afecţiunile psihotice endogene. O asemenea situaţie s-ar modifica într-un sens meliorativ dacă completarea fişei de sănătate ar putea fi precedată de consemnarea datelor din carnetul de sănătate prevăzut de actuala Lege nr. 3/1978 privind asigurarea sănătăţii populaţiei, document care la data redactării prezentei comunicări nu a intrat încă în uz în reţeaua sanitară a ţării. Oricît de ridicată ar fi exigenţa tehnică a examenului psihiatric la angajare, fiabilitatea sa va avea de suferit dacă nu va fi efectuată pe baza traiectului longitudinal al individului, obiectivată de documente de genul carnetului de sănătate sus-amintit. Considerăm că formularul actual în vederea examenului medical la angajare este susceptibil de modificări eventual prin complexificarea sa. Experienţa noastră ne demonstrează că ar fi mult mai indicat ca antecedentele să fie consemnate la rubrica examenului de specialitate sau măcar în mod expres de medici de specialitate în compartimente special rezervate în acest sens. Un asemenea deziderat este realizat în fapt la examenele de specialitate efectute la stabilirea aptitudinii în vederea efectuării serviciului militar obligatoriu.

Complexificarea producţiei moderne obligă pe psihiatrul contemporan la un proces de familiarizare îndeaproape cu aspecte din domeniul profesiologiei, la însuşirea de noţiuni din discipline care nu sînt prevăzute în manualele, cărţile şi revistele de specialitate existente în mod curent la dispoziţia sa. O asemenea dorinţă este greu de realizat pe plan obiectiv, avînd în vedere modelul medical pe care psihiatrul şi l-a însuşit în activitatea sa pe parcursul pregătirii sale profesionale, precum şi datorită lipsei de informaţii adecvate în acest domeniu, ca şi necunoaşterii doctrinei oficiale elaborată în acest sector atît de important al activităţii medicale cotidiene.

Observaţiile noastre indică că din ce în ce mai frecvent se impune în tot mai multe profile profesionale complementarea examenului psihiatric la angajare cu un examen psihologic şi psihosociologic orientat pe profilul profesional al celui care solicită angajarea. Pînă în prezent acest deziderat este în parte realizat numai la nivelul reţelei medicale a M.T.Tc. pentru funcţiile legate de siguranţa circulaţiei. În realităţile producţiei moderne atari examene devin necesare şi obligatorii pentru profesiuni de macaragiu, electrocarist, pentru cei care lucrează la înălţime, pentru munci de precizie şi responsabilitate deosebită social-profesională, pentru cei selecţionaţi a depune activităţi în gestiune etc.

Angajarea în cîmpul muncii este un act cu importante consecinţe sociale şi juridice pentru numeroase părţi (om al muncii, întreprindere, reţea de prestaţii şi servicii privind sănătatea şi ocrotirile sociale etc.). Semnalăm ca un important impediment în acest sens lipsa unei colecţii privind actele normative în vigoare în acest domeniu şi, implicit, ignorarea lor în primul rînd de părţile cele mai interesate, adică atît de medici, cît şi de serviciile de personal ale întreprinderilor care angajează forţa de muncă. Aceasta se traduce în fapt prin ignorarea punctului de vedere recunoscut oficial asupra recuperării handicapaţilor şi necesităţii încadrării utile a acestora în activităţi care să permită valorizarea capacităţii lor de muncă în funcţii compatibile cu starea lor de sănătate. O situaţie de lege ferenda este aceea ca în statele de funcţiuni (organigramele funcţionale) ale întreprinderilor să existe prevăzute prin lege locuri de muncă nominalizate exclusiv pentru handicapaţi. Situaţia existentă din acest punct de vedere în Regatul Unit în baza unei legi adoptate imediat după cel de-al II-lea război mondial este un exemplu spre care trebuie îndreptate cît mai multe eforturi. Pînă la rezolvarea de principiu al acestui aspect considerăm că s-ar impune soluţii de moment în cadrul sistemului legislativ şi organizaţional actual. Socotim că de un mare folos ar fi ca formularele medicale la angajare să nu fie concepute ca nişte simple documente administrative constatative, lipsite de orice relevanţă profesiologică, ci dimpotrivă, ca veritabile documente de studiu şi orientare de viitor pentru organele competente de decizie. Amintim spre exemplu că în actualul document medical de angajare nici nu li se indică măcar medicilor examinatori profilul activităţii profesionale pe care-l urmează a o depune viitorul angajat, iar acesta nu este responsabilizat sub semnătură personală asupra implicaţiilor nedeclarării stării sale de sănătate în momentul examinării. În fapt, mulţi solicitanţi, eventual bolnavi, sînt puşi în situaţia de a fi socotiţi că au făcut la angajare declaraţii false cu toate consecinţele care decurg de aici pe plan profesional, administrativ şi juridic. Asemenea situaţii capătă o importanţă deosebită avînd în vedere aspectele legate de acordarea de prestaţii potrivit legislaţiei asigurărilor sociale de stat şi de asistenţă socială. În baza unei experienţe personale cu multe implicaţii ulterioare, dezavantajoasă atît pentru subiecţii angajaţi în cîmpul muncii cît şi pentru medici, considerăm că este necesar ca solicitanţii la angajare în cîmpul muncii să declare sub semnătură situaţia antecedentelor lor de boli neuropsihice, în special de epilepsie. O asemenea atitudine, aparent insolită faţă de deontologia medicală clasică, îşi găseşte o justificare dintre cele mai susţinute pentru cei care cunosc faptul că, spre exemplu, o instituţie cu bogate tradiţii şi experienţă în domeniul muncii, precum este calea ferată, solicită declaraţii scrise oricărei persoane care doreşte să intre printre angajaţii săi dacă suferă sau nu de epilepsie.

În doctrina angajării în cîmpul muncii din ţara noastră boala ca atare, inclusiv boala neuropsihică, nu este un impediment pentru ca cineva să dobîndească statut de om al muncii, dar este necesar să subliniem că boala nedeclarată, ascunsă sau neluată în seamă poate deveni un factor cu consecinţe grave, uneori fatale, atît pentru cel în cauză, cît şi colectivitatea care l-a angajat. Subliniem faptul că în cazul stărilor morbide, recunoscute ca atare încă de la angajare, se pot institui măsuri adecvate de profilaxie secundară şi terţiară, cît şi acţiuni complexe în scop recuperator.

În prezent, un aspect adiacent angajării în cîmpul muncii este cel al selecţiei şi orientării profesionale a elevilor din şcolile profesionale şi liceele de specialitate. Constatările noastre din ultima vreme ne indică că un număr crescut de elevi solicită reprofilări profesionale în baza unor explicaţii din care uneori nu lipsesc justificări adecvate. Prevenirea unor distorsiuni a planurilor de învăţămînt datorită acestor aspecte o întrevedem nu în măsuri psihiatrice, ci în măsuri de ordin psiho-sociologic şi administrativ-didactic la nivelul respectivelor unităţi de învăţămînt, cît şi pe plan mai larg, la nivelul societăţii.

Activitatea noastră sugerează că în prezent psihiatria constatativă este o latură importantă a activităţii psihiatrice curente. Este necesar ca ea să-şi capete locul care i se cuvine în gîndirea şi cercetarea ştiinţifică contemporană pe măsura ponderii sale în activităţile profesionale curente şi mai ales de viitor. Există premise sociale că în perspectivă asemenea activităţi psihiatrice vor căpăta o pondere tot mai mare în activităţile curente ale tuturor psihiatrilor, indiferent de sfera lor de preocupare profesională direct declarată.

TERAPIA CU BETA-BLOCANTE ŞI ANXIOLIZA

Rodica Macrea
— *Cluj-Napoca*

Anxietatea este un fenomen al tuturor timpurilor, totuşi astăzi trăim, mai mult ca oricînd înainte, o „Epocă a Anxietăţii“, un „Secol al Anxietăţii“, ea fiind o caracteristică a omului modern.

Problemă centrală a psihopatologiei, plasată în general în cadrul emoţiilor de tonalitate penibilă, anxietatea este după H. EY o „stare afectivă“ care se întîlneşte la toate turnantele existenţei şi sub toate formele condiţiei umane.

În practica curentă, prezentarea pacientului anxios este complexă, în unele cazuri fiind preponderente simptomele psihopatologice, în altele cele psihosomatice sau vegetative. Aspectele psihopatologice se referă la experienţa subiectivă provocată de prezenţa unei situaţii anxiogene, iar cele psihomotrice la comportamentul de evitare.

Modelele somatice se traduc prin creşterea tensiunii în musculatura scheletică (rigiditatea, tremorul, slăbiciunea, instabilitatea vocii etc.) ; modificări în sistemul cardio-vascular (palpitaţii, roşeaţă, paloare, leşin, puls rapid, creşterea presiunii sanghine etc.) ; tulburări la nivelul aparatului gastro-intestinal (greţuri, vărsături, diaree). Pot apare şi alte manifestări ca : extremităţi reci, tulburări de somn.

Simptomele vegetative sînt de o deosebită importanţă, putînd fi uneori foarte caracteristice, îndeosebi cînd lipsesc simptomele psihopatologice sau cînd ele nu pot fi transpuse în cuvinte de către pacient. În asemenea cazuri, prin analogie cu depresia mascată sau larvată, POLDINGER vorbeşte despre „anxietatea mascată“ sau „larvată“. KIELHOLZ consideră mai potrivit termenul lui LOPEZ—IBOR de „echivalenţe“ ale angoasei (prin analogie cu echivalenţele depresiei).

Aceste corelaţii fiziologice ale anxietăţii sînt însoţite de o creştere a nivelului sanguin al adrenalinei, noradrenalinei, zahărului şi acizilor graşi liberi (AGL).

Tratamentul anxietăţii propriu-zis este axat pe două principii : măsurile luate pentru ameliorarea simptomatică a anxietăţii şi măsuri luate pentru descoperirea, înţelegerea şi rezolvarea cauzelor de bază ale anxietăţii.

Anxioliza se obţine frecvent cu ajutorul tranchilizantelor minore sau al produşilor combinaţi, conţinînd componenţi sedativi sau hipnotici.

Aceste psihotrope nu pot fi considerate ideale pentru micşorarea stării de anxietate, deoarece utilizarea lor comportă riscul de inducere a obişnuinţei la doze mereu crescînde şi pericolul dependenţei la doze.

În producerea anxiolizei un progres remarcabil s-a realizat prin utilizarea substanţelor beta-blocante.

Folosirea lor pe scară largă în tratamentul tulburărilor cardio-vasculare şi al hipertensiunii a permis observarea efectelor lor adiţionale anxiolitice şi de atenuare a stress-ului (KIELHOLZ).

Marele lor avantaj ca anxiolitice s-ar datora faptului că ele nu produc nici intoleranţă, nici dependenţă psihologică sau fizică.

Unele din manifestările fiziologice care se asociază anxietăţii (tahicardie, palpitaţii, hiperventilaţie, tremor şi transpiraţii) sînt cauzate parţial de eliberarea de amine simpatico-mimetice. După D. KELLY substanţele blocante beta-adrenergice, care se aseamănă cu aminele simpatico-mimetice în structura moleculară, acţionează prin competiţie cu receptorii beta-adrenergici.

Deşi nu s-a stabilit cu certitudine existenţa separată de stările anxioase a sindromului hiperdinamic beta-adrenergic (descris de FRÖHLICH, 1966), prezenţa unor simptome ca transpiraţie excesivă, extremităţi reci, palpitaţii şi diaree demonstrează activitatea preponderentă a sistemului nervos simpatic.

Efectele mediate prin beta receptori includ vasodilataţia coronarelor şi a vaselor sanguine, tahicardia şi creşterea forţei de contracţie a inimii. Unele simptome cum ar fi palpitaţiile par a fi în mod special legate de supraactivitatea beta receptorilor.

Ca un rezultat al acestor constatări s-au făcut încercări de a trata simptomele anxioase cu agenţi blocanţi beta-adrenergici cum ar fi propranololul.

GRANVILLE—GROSSMAN şi TURNER au realizat în 1966 primul studiu semnificativ al substanţelor beta-blocante utilizate în stările anxioase. Ei au efectuat o comparaţie dublu-orb a propranololului (20 mg de patru ori pe zi) şi a placebo-ului, fiecare administrate timp de o săptămînă pacienţilor anxioşi (ordinea tratamentului fiind aleatorie). Cei 15 pacienţi, care au făcut obiectul încercării de analiză secvenţială, au demonstrat la evaluările psihiatrice că beta-blocantul a fost preferat placebo-ului. Uşurarea simptomelor cu propranolol a fost însă semnificativă doar pentru simptome vegetative cum ar fi palpitaţiile, transpiraţia şi diareea.

S-au efectuat experimente comparative de utilizare a propranololului (30 mg de trei ori pe zi) şi a clordiazepoxidului (10 mg de trei ori pe zi) în tratamentul pacienţilor anxioşi (WHEATLEY, 1969). Propranololul s-a vădit a fi tot atît de eficace ca şi preparatul benzodiazepinic în tratarea simptomelor anxioase, dar a fost mai puţin eficace în combaterea depresiei şi a tulburărilor de somn. Efectele secundare ale blocantului beta-adrenergic au fost semnificativ mai reduse.

TYRER şi LADER (1974) au comparat propranololul (120 mg pe zi) cu diazepamul (10 mg) şi placebo într-un experiment dublu-orb încrucişat. Beta-blocantul a fost preferat faţă de placebo de către „pacienţii somatici" (anxioşii cei mai afectaţi de simptomele lor somatice).

KIELHOLZ consemnează rezultatele favorabile ale utilizării beta-blocantelor în stările anxioase acompaniate de manifestări somatice. Apelul la un beta-blocant poate întrerupe brusc cercul vicios instalat între anxietate şi reacţiile vegetative periferice.

Valoarea lor a fost dovedită şi în tratarea (în combinaţie cu preparate antidepresive) a depresiilor cu componentă anxioasă. Utilizarea complementară a unui beta-blocant, prin sedarea agitaţiei anxioase a depresivului, contribuie la prevenirea suicidului.

Pe linia prevenţiei unor complicaţii cardio-vasculare sau psihologice (infarctul miocardic, accidentele cerebro-vasculare, depresia exhaustivă) se înscrie indicaţia beta-blocanţilor în reacţiile excesive la stress.

Literatura de specialitate mai consemnează utilizarea beta-blocanţilor în reducerea tahicardiei psihogenice (produsă de emoţii şi exerciţii fizice), în tratarea anxietăţii induse de stress la subiecţi normali, avînd, se pare, un efect normalizator şi stimulator asupra pacienţilor care au dificultăţi de vorbire în public (trac).

Este un fapt bine cunoscut că tremorul fiziologic se accentuează în stări de anxietate şi în stressul emoţional. Un tremor anxios accentuat poate produce un handicap profesional serios în unele domenii de activitate (dentişti, muzicieni). Un preparat beta-blocant (de tipul oxprenolol-ului 40 mg de 3 ori pe zi) reuşeşte se pare să controleze acest tremor şi să diminue mult anxietatea anticipatorie (de exemplu cea dinaintea concertelor).

JEFFERSON (1974) include alcoolismul şi adicţia la droguri printre condiţiile în care sînt indicaţi beta-blocanţii.

Sevrajul alcoolului produce o intensă creştere în amplitudinea tremorului fiziologic. Eficacitatea beta-blocanţilor pare să se datoreze diminuării tremorului, paralel cu scăderea anxietăţii asociate, tensiunii şi neastîmpărului (CARLSSON şi JOHANSSON, GALLANT, SWANSON şi GUERRERO—FIGUERA, citaţi de D. KELLY).

Intervenţia beta-blocanţilor în psihoze este încă teoretică, utilizarea lor practică în dozaj forte (1 400 mg) fiind împiedicată de efecte secundare severe (psihoze toxice).

Studiul nostru s-a efectuat pe un număr de 40 de bolnavi anxioşi cărora li s-a administrat propranolol tb a 0,040 g. de 3 ori/zi.

Repartiţia lor diagnostică a fost următoarea: Neurastenie — 9 cazuri, Neuroză anxioasă — 9 cazuri, Neuroză obsesivo-fobică — 6 cazuri, Neuroză depresivă — 1 caz, Neuroză pitiatică — 1 caz, Decompensări nevrotice pe fond psihopat — 4 cazuri, Depresie — 6 cazuri, Debut de schizofrenie — 4 cazuri.

Evaluarea stării pacienţilor (centrată pe simptomatologia anxioasă) s-a efectuat înainte de începerea tratamentului şi s-a repetat în momentul întreruperii tratamentului cu beta-blocant sau la sfîrşitul unei perioade de minimum 1 lună de tratament.

Stabilirea nivelului de anxietate s-a făcut cu ajutorul Scalei Taylor de Anxietate Manifestă (MAS) şi al Scalei de anxietate IPAT (CATTELL).

Dozajul beta-blocantului s-a vădit a fi eficient la majoritatea bolnavilor între 90—120 mg/zi. propranolol. Nu s-a asociat în prima parte a experimentului (în prima lună de tratament) alte psihotrope, ci doar medicaţie tonică, roborantă.

La cazurile la care tratamentul s-a continuat peste 1 lună s-a înlocuit propranololul cu o benzodiazepină (la 1/2 a cazurilor) şi cu un preparat Placebo (la cealaltă 1/2). Evaluarea nivelelor respective de anxietate s-a făcut la sfîrşitul altei perioade de 1 lună de tratament cu aceleaşi instrumente de evaluare (MAS şi IPAT).

DISCUŢII ŞI CONCLUZII : Anxietatea fiind o manifestare psihopatologică deosebit de frecventă, măsurile ce vizează uşurarea, controlul şi rezolvarea sa reprezintă o componentă majoră a efortului terapeutic. Acest lucru explică utilizarea din ce în ce mai intensă a sedativelor anxiolitice, în special a benzodiazepinelor.

Acest aspect nu este însă lipsit de o serie de inconveniente (instalarea unui grad de somnolenţă, încetinirea activităţii mentale şi fizice, apatie, etc.), precum şi de pericolul dependenţei şi adicţiei la droguri sedative.

În aceste condiţii, aşa cum bine remarcă HAWKINS, apare ca deosebit de justificată atenţia acordată prospectării unor anxiolitice lipsite de proprietăţi sedative şi de riscul iniţierii unui ciclu de dependenţă.

Revizuirea literaturii şi datele clinico-experimentale permit considerarea beta-blocanţilor drept agenţi terapeutici utili în abordarea unei largi palete de bolnavi anxioşi.

Tratamentul este eficace la doze între 60—120 mg/zi. propranolol.

Calitatea ameliorării obţinute la bolnavii cu răspuns satisfăcător este indicată de o scădere semnificativă a scorului total de anxietate Cattell (IPAT), corelat cu nota la scala Taylor (MAS).

Blocada beta-adrenergică acţionează se pare mai vizibil asupra manifestărilor somatice ale anxietăţii.

Datorită absenţei, de regulă, a efectelor secundare ale tranchilizantelor, beta-blocanţii pot fi utili şi subiecţilor sănătoşi pentru diminuarea anxietăţii anticipative şi a manifestărilor cardio-vasculare într-o serie de situaţii stressante (trac profesional, examene, etc.), fără riscul sedării, obişnuinţei şi adicţiei.

Un avantaj real al preparatelor beta-blocante este reprezentat (în doze utilizate în nevroze) de lipsa simptomelor de sevraj în cazul suspendării lor, spre deosebire de benzodiazepine.

Fără a fi extremişti considerăm beta-blocantele ca adjuvante terapeutice utile în obţinerea anxiolizei. În depresii nu pot fi prescrise decît în asociere cu antidepresive triciclice.

În general, selectarea pacienţilor trebuie făcută cu grijă, de ea depinzînd în mare parte efectul terapeutic.

Efectul „placebo" nu este deloc neglijabil. „Terapeutul care-şi ajută cel mai mult pacientul este cel care are încredere în ceea ce face şi pacientul care poate fi cel mai mult ajutat este cel care crede de fapt că terapeutul ştie ce face" (JEROME FRANK).

Anxiety is a major neurotic symptom. This accounts for the increasing use of the anxiolytics, especially benzodiazepines.

This fact has his own drawhacks sleepiness, the slowing down of the mental and physical activity, apathy, and s.o., together with the danger of dependencp and addiction to sedatives.

The beta-blockers are considered to be useful therapeutical means for a great variety of anxietp states. The imporvement in the state of the patients is assessed by a significant reduction of the scores on the Cattell Anxiety Scale (IPAT), correlated to the Taylor Scale (MAS).

A real advantage of the beta-blockers is the lack of the with — drawal symptoms and of the negative effects caused by the tranquilizers.

DATE CU PRIVIRE LA UNELE PARTICULARITĂŢI ALE ASISTENŢEI BIO-PSIHO-SOCIALE ÎN PROCESUL DE RECUPERARE A COPIILOR DEFICIENŢI MINTALI DIN ŞCOLILE AJUTĂTOARE

P. Boişteanu, Maria Magdalena Boişteanu, M. Şelaru

— Iaşi

Studiul nostru are ca obiectiv analiza unor date bio-psiho-sociale obţinute din cercetarea unui lot de 570 elevi încadraţi în şcolile ajutătoare din municipiul şi judeţul Iaşi, în raport cu un grup martor constituit din 184 copii asistaţi social aparţinînd unui cămin şcoală şi care nu prezentau deficite intelectuale manifeste.

Cercetarea a fost efectuată în scopul evidenţierii unor particularităţi biologice, psihologice şi sociale şi acţiunea acestora în procesul de recuperare a copiilor deficienţi mintali în şcolile ajutătoare.

Analizînd comparativ şi în dinamică examenele medicale, psiho-pedagogice, logopedice şi cercetarea socială de teren, noi am desprins o serie de date de care ni se pare util să se ţină seama în procesul de recuperare şi readaptare instructiv-educativă şi socio-profesională.

Astfel, în prima grupă, am remarcat din punctul de vedere a antecedentelor patologice prezenţa traumatismelor cranio-cerebrale într-o proporţie de 30,6%, iar meningo-encefalitele în 38,9% din cazuri, în timp ce în grupa a doua incidenţa traumatismelor cranio-cerebrale a fost de 3,2%, iar meningo-encefalitele de 15,7%.

Examenul clinic obişnuit relevă prezenţa unor modificări viscero-humorale într-o proporţie de 14,9% în grupa a doua față de 74% în prima grupă. Dintre afecțiunile somatice, cele mai frecvente întîlnite în prima grupă sînt constituite de tulburări cardiace (35%), tulburări respiratorii (29%), maladii reumatismale (28%), afecțiuni O.R.L. (17%).

Sindroamele paroxistice de tip convulsiv au avut o incidență de 12% în prima grupă și de 3,8% în a doua grupă..

Studiul nostru consemnează frecvența crescută de 70% dintre genitori în prima grupă în raport cu 31% la grupa martor a unor factori negativi perinatali de natură endo-exogenă (afecțiuni neuro-endocrine, cardio-vasculare, lues, etilism, tuberculoză, diabet, infecții, etc.) care ar putea fi incrinați în geneza deficitelor neuro-psihice constatate de noi. Printre factorii de ereditate similară notăm în prima grupă 18 cazuri de părinți cu oligofrenie și un număr de 19 cazuri cu epilepsie, schizofrenie, alcoolism, etc.

Din antecedentele patologice, am reținut pe lîngă factorii traumatici incidența crescută a meningo-encezuri), hemipareze (24 cazuri), strabism (46 cazuri).

Ca semne revelatoare ale unor encefalopatii infantile au fost constatate într-un număr de 248 (62%) cazuri aparținînd primei grupe, tulburări neurologice reprezentate de : tulburări de mers (69 cazuri), tulburări de tonus (44 cazuri), tulburări de sensibilitate (39 cazuri), hemipareze (39 cazuri), hemipareze (24 cazuri), strabism (46 cazuri).

Tulburările de vorbire au fost de 15,14% în prima grupă în raport de 7,47% în lotul martor. Dintre tulburările de vorbire, în prima grupă dislaliile și disgrafiile au reprezentat respectiv 23,63% și 47,7%.

Raportîndu-ne la nivelul de dezvoltare a proceselor ideo-afective, noi am constatat prezența intelectului de limită în proporție de 47,35 %, debilitatea mintală 39,72 % și imbecilitatea 22,93 %. Important este de semnalat că în 47% din totalul subiecților din prima grupă o constituia comportamentul aberant, față de 37,1 % în lotul de referință.

Examenele psihologice ca și observația dinamică psihopedagogică, au relevat perturbări ale proceselor afective în proporție de 92,41 % în prima grupă. Dintre tulburările afective, iritabilitatea agresivă, explozivă a fost prezentă într-o proporție de 41,5 % la copiii din prima grupă, în timp ce tulburările predelictuale la copiii din lotul de referință au reprezentat 37,1 %.

Remarcăm faptul că numai 7,59 % din subiecții primului lot prezintă un fond emoțional echilibrat, în timp ce grupa martor deține o proporție de 67,86 % din total în limitele normalității, sub acest aspect.

Dificultatea stabilirii unor legături psiho-sociale de microgrup se exprimă în proporție de 11,6 % în prima grupă și de 6 % în grupa a doua.

Nepăsarea, lenea, conduitele egofile, intolerante și orgolioase, cu lipsa sentimentelor de regret și compasiune au fost consemnate la 9,8 %, în timp ce mitomania, furtul, vagabondajul, prostituția, perversiunile sexuale, aglutinarea în grupuri s-au întîlnit la 6,5 % dintre cazurile studiate.

Este foarte greu să afirmăm existența unei psihopatii la vîrsta copilăriei dar nu este totuși mai puțin adevărat că unele trăsături de tip psihopatic se pot developa în condiții negative în perioada de dezvoltare infantilo-juvenilă. În rîndul subiecților cercetați de noi am diferențiat o subgrupă ce cuprinde 4 % din totalul copiilor studiați cu manifestări evidente de tip psihopatic, tulburare concomitentă cu un fond deficitar de tipul hipofreniei constituționale.

Această formă de deviere caracteriopatică de tip psihopatic este importantă prin gravitatea și mai puțin prin frecvența sa. Această categorie de tulburări psihice marginale de obicei este greu reversibilă, prezentînd tendința manifestă de structurare psihopatologică în care deficitele biologice constituționale sau cîștigate se îmbină cu influențele sociale de ordin negativ, rezultînd o personalitate dizarmonică sub aspect temperamental-caracterial.

Structura familiilor subiecților investigați este deficitară în 35 % în prima grupă față de 12 % în grupa martor, iar căsătoria se întîlnește în 72,2 % în familiile din prima grupă, față de 22,2 % la grupa a doua. Concubinajul și abandonul a fost constatat în proporție de 13,6 % față de 1,9 % în grupa a doua.

Deficitul de educație în mediul familial are influență negativă evidentă în constituirea devierilor de conduită ale copilului. Datele noastre demonstrează că dezacordul dintre elementele factorului personal interferate cu cele ale factorului social nefavorabil contribuie de asemenea la devierea conduitei morale a copilului.

Datele examenului pedagogic au permis diferențierea elevilor din prima grupă cum urmează : elevi cu rezultate bune la învățătură 29 %, elevi cu rezultate satisfăcătoare la învățătură 32,6 %, elevi cu rezultate nesatisfăcătoare la învățătură 38,2 %.

Remarcăm totuși că pentru un număr important de școlari cum ar fi cei cu hipofrenie, învățămîntul dimpreună cu copiii cu deficite intelectuale manifeste, constituie o sarcină deosebit de grea, deoarece multora dintre acești copii școala nu le stimulează posibilitățile psihice de care dispun în mod real ci le determină reactiv conștient sau nu tulburări nevrotice sau devieri de conduită.

Față de rezultatele enumerate sumar mai sus noi considerăm că organizarea pe baze științifice și la nivelul condițiilor de dotare materială de care dispunem, se impune în primul rînd lărgirea și diferențierea sistemului de învățămînt pentru diferitele tipuri de handicap neuro-psihic, în funcție de cunoașterea reală a epidemiologiei acestor tulburări și încadrarea corespunzătoare a acestor unități cu pedagogi, psihologi, logopezi, medici, ergoterapeuți, etc. cadre necesare pregătirii școlar-profesionale.

Avînd în vedere că după absolvirea școlilor ajutătoare de cele mai multe ori tinerii nu pot fi încadrați în colectivele unităților industriale datorită tulburărilor psihice pe care le prezintă, considerăm ca necesară luarea lor în evidență de către serviciile de Sănătate Mintală și încadrarea lor în atelierele de profil de tip ergoterapie din cadrul spitalelor de psihiatrie care ar putea fi tutelate ca dotare de către întreprinderile industriale.

ELEMENTE DE SUGESTIE PSIHOTERAPICĂ ÎN RECUPERAREA UNOR DEFICIENŢI PSIHICI

Maria Zaharescu, Iolanda Mitrofan
— *Bucureşti*

Fenomenul sugestiei dirijat în sens psihoterapeutic şi conjugat cu receptivitatea anumitor categorii de deficienţi psihici, se poate utiliza într-o oarecare măsură şi în practica recuperării unor bolnavi invalizi psihici, în contextul acţiunii de evaluare a capacităţii lor de muncă.

1. În condiţiile speciale ale expertizei şi recuperării capacităţii de muncă, *obiectivul utilizării unor elemente de sugestie* psihoterapică a constat în încercarea de schimbare a atitudinii faţă de sine, faţă de boală şi faţă de muncă în vederea unei mai rapide compensări a deficitului psihic printr-o reactivare a potenţialului psihic restant vizînd comutarea sensului existenţial al acestor pacienţi de pe un circuit pasiv pe unul activ.

2. *Ipoteza experimentului recuperator prin tehnici sugestive* a vizat posibilitatea producerii unor mutaţii în planul afectiv-motivaţional-voliţional, cu răsunet în sfera autorecepţiei şi autoevaluării bolnavului aflat în situaţia de boală.

3. *Metode de utilizare.* În formula recuperatorie adoptată ne-am bazat pe îmbinarea tratamentului chimioterapic cu metode psihoterapice sugestive asociate, în funcţie de aparenţa pacienţilor la diversele entităţi nozologice, caracteristicile psihoindividuale ale bolnavilor şi specificul relaţiei pacient-psihoterapeut realizate pentru fiecare caz.

Am utilizat în cadrul încercărilor noastre experimentale : sugestia verbală simplă în contextul psihoterapiei individuale, asociate cu placeboterapia în 8 cazuri ; placeboterapia asociată cu metoda trainingului autogen Schultz (primele trei exerciţii) în 6 cazuri ; psihoterapia prin sugestie pe fond de antrenament autogen primele două exerciţii (tehnica hipnozei fracţionate K. Brodmann) în 3 cazuri ; psihoterapia sugestivă prin sugestie verbală şi fizică progresivă (protreptica) asociată cu elemente psihanalitice într-un caz de pareză histerică al membrului inferior stîng.

4. *Structura lotului.* Lotul experimental a cuprins 18 pacienţi, (17 femei şi 1 bărbat) cu vîrste variind între 29—45 ani, calificări diverse şi nivele de şcolarizare predominant elementar şi mediu, grupaţi după entitatea nozologică de apartenenţă astfel :

— 6 cazuri cu neurastenie cu elemente funcţionale ;
— 1 caz cu neurastenie cu elemente cenestopate ;
— 4 cazuri cu neuroastenie formă depresivă şi depresiv-anxioasă ;
— 2 cazuri cu psihastenie (1 caz formă fobică) ;
— 1 caz cu nevroză mixtă (crampa profesională) ;
— 3 cazuri cu nevroză pitiatică ;
— 1 caz cu psihopatie pitiatică decompensată conversiv.

5. *Rezultatele obţinute.* Utilizarea unor elemente de sugestie a dus la obţinerea următoarelor rezultate :

1. *Efecte pozitive* în cazul a 6 pacienţi (3 cazuri cu nerastenie cu elemente funcţionale, 1 caz cu psihastenie cu elemente fobice, 1 caz nerastenie cu elemente cenestopate şi 1 caz neurastenie cu elemente depresive). Şedinţele psihoterapice s-au desfăşurat zilnic pe perioade în general scurte 10—12 zile, cu excepţia a două cazuri menţinute şi postspitalizare în programul psihoterapeutic pe o perioadă de 30 zile şi respectiv 60 de zile. Răspunsul pozitiv la tratament a constat într-o reducere progresivă a tensiunii intrapsihice, cu diminuarea marcată a unor acuze de tipul cefaleei, asteniei, fatigabilităţii, insomniei, revenirea treptată a interesului faţă de activitate, lărgirea cîmpului preocupărilor cu formularea unor aspiraţii socio-profesionale, pacienţii depăşind cadrul demisionar hipobulic al statutului de bolnav şi solicitînd în final ei înşişi reluarea activităţii profesionale anterioare exercitate.

2. *Efecte parţial pozitive* s-au constatat la 5 subiecţi (2 cazuri neurastenie funcţională, 1 caz cu nevroză mixtă, 1 caz cu pareză pitiatică, 1 caz cu psihastenie). Am considerat aceste cazuri ca avînd răspunsuri parţial pozitive la psihoterapia iniţială întrucît cu aceşti pacienţi nu s-a reuşit decît o stimulare a mobilizării voliţionale, o îmbunătăţire a tonusului dispoziţional-afectiv cu o creştere a gradului de receptivitate privind rolul activ al pacientului psihic în raport cu compensarea afecţiunii sale. De asemenea, s-a observat la aceşti pacienţi o sporire a interesului faţă de mediul ambiant cu o decentrare a preocupărilor de la sine la alţii, precum şi o atitudine mai optimistă faţă de boală şi faţă de sine. Nu s-a reuşit producerea unor mutaţii de esenţă în structura ideo-afectivă şi motivaţională în raport cu trecerea lor într-o ipostază activ angajată într-o muncă socialmente utilă.

3. *Lipsa de efect şi efecte negative* ale tehnicilor de sugestie utilizate s-au înregistrat în 7 cazuri, care prezentau depresii anxioase şi nevroze pitiatice, în contextul unor limite de vîrste ceva mai înaintate (44—49 ani) şi durate de invaliditate între 5—10 ani. La unele din aceste cazuri s-a creat efect negativ placebodependent sau reacţii negativist-demisionare şi de ancorare în boală supraadăugate.

6). *Concluzii* — Încercările experimentale de utilizare a unor elemente de sugestie psihoterapică au evidenţiat atît unele perspective, cît mai ales unele limite ale acestora în recuperarea unor deficienţi psihici invalizi.

Pe ansamblul lotului (18 pacienţi), s-au obţinut efecte pozitive pentru 33,3 % din cazuri, (efecte parţial pozitive 28%) şi s-a înregistrat lipsa efectelor sau efect negativ la 38,7 % cazuri.

S-au desprins cîteva elemente care oferă puncte de sprijin în asigurarea unor efecte pozitive şi parţial pozitive cum ar fi : durata scurtă a perioadei de invaliditate (sub 4 ani), vîrsta în general mai tînără (sub 40 ani), nivelul de şcolarizare elementar-mediu, sexul (predominant feminin), particularitățile psiho-individuale (în special gradul de sugestibilitate, gradul de cooperare, dorința de vindecare), formele și stadiile afecțiunilor psihice (cu preferarea cazurilor de neurastenie cu elemente funcționale), utilizarea efectului de întărire prin asocierea mai multor tehnici bazate pe elemente sugestive și aplicarea lor pe perioade variabile în funcție de caz, de preferință, pe durata mai îndelungată, caracteristicile relațiilor transferențiale pacient-psihoterapeut.

Limitele utilizării acestor metode sînt condiționate în prezent de efectul conjugat al situației speciale de expertizare a capacității de muncă (cu potențialul său specific stressant) și caracterului deocamdată experimental și mai mult sau mai puțin aleator al unor acțiuni recuperatorii prin mijloace sugestive.

ERGOTERAPIA DE REANTRENARE, METODĂ SPECIFICĂ ÎN EVALUAREA ȘI RECUPERAREA BOLNAVILOR PSIHICI

E. Stăniloiu, A. Borcea, E. Ionescu
— Bucuresti

Spre deosebire de ergoterapia desfășurată în scop larg recuperator în cadrul clinicilor de psihiatrie, ergoterapia efectuată în contextul evaluării și recuperării capacității de muncă, are un caracter mai special, rezultat din scopul relativ mai apropiat de nevoile reinserției productive a unor pacienți, vizînd chiar o oarecare pregătire și reantrenare a acestora în vederea reluării activității.

Avînd în vedere acest specific al ergoterapiei în contextul recuperării capacității de muncă, se impune delimitarea unor criterii de selecție a pacienților cu cel mai înalt potențial de reluare a activității anterioare îmbolnăvirii sau a unei activități înrudite mai simple. În această viziune, ergoterapia devine o verigă intermediară cu caracter de reactivare a potențialului psihic restant între pacientul psihic remis sau parțial remis și producție, pe linia reinserției socio-profesionale.

Ca atare, forma de ergoterapie și metodolokia folosită de colectivul nostru a fost adaptată scopului și categoriei de bolnavi psihici căreia i s-a aplicat.

În cadrul diferitelor categorii de bolnavi psihici cărora li se adresează ergoterapia desprindem un grup deosebit prin aceea că statutul socio-profesional al acestora este de dependență socială prin pensionare de invaliditate datorită deficienței determinată de boală, la cei care au dus o activitate organizată și remunerată o perioadă de timp.

Fiind vorba de bolnavi psihici cronici, ancorați în boală și în statutul lor de dependență socială cu inactivitate profesională scopul ergoterapiei capătă un sens aparte pe care îl definim în cadrul noțiunii de reantrenare.

Este singura situație din întreaga psihiatrie cu implicații sociale pe care le are în care noțiunea de reantrenare își găsește întregul ei conținut și întreaga ei valoare devenind, după părerea noastră, din această cauză o categorie aparte a ergoterapiei.

Scopul ergoterapiei de reantrenare este acela ca pe baza diagnosticului clinic și funcțional stabilit pentru stadiul și situația prezentată în vederea evaluării capacității de muncă să determine nu numai reacțiile pozitive pe care le așteptăm de la bolnav în urma procedurilor ergoterapice, dar să creeze un nou statut, o nouă poziție, o recondiționare volițională în direcția trecerii de la statutul de dependent social prin pensionare la statutul de persoană activă.

Studiul desfășurat a pornit de la ipoteza că în condițiile aplicării unitare și consecvente a metodelor și procedeelor recupartorii de ergoterapie în sensul reintegrării sociale a deficienților psihici, aceștia vor putea fi în anumite condiții angajați și menținuți într-o activitate organizată, cu o probă prealabilă.

Metodologia de stabilire a colectivității de cercetare a constat în preluarea a 25 de nevrotici și 25 psihopați pensionari de invaliditate gradul II internați în Institut pentru evaluarea capacității de muncă și care prezentau o stare de ameliorare insuficient consolidată ceea ce necesită în continuare măsuri recuperatorii — tratamente medicamentoase precum și antrenarea în activități ergo-psiho-terapice.

Criteriul de selecție în lotul de cercetare a constat în aprecierea stadiului și fazei de evoluție a bolii cu eventualitatea unui potențial aptitudinal restant, scopul activităților de ergoterapie vizînd predominent reantrenarea în muncă a acestui potențial restant al deficientului psihic în vederea ameliorării stării acestuia pentru a deveni capabil de a fi reinserat socio-profesional.

Lotul studiat a fost eterogen sub aspectul vîrstei, pregătirii școlare și profesionale, al profesiei, al duratei pensionării și al dinamicei invalidității.

Fazele cercetării au fost următoarele:

— examinarea interdisciplinară în scopul stabilirii diagnosticului clinic și funcțional inițial în vederea selecționării subiecților pentru ergoterapie; diagnosticul funcțional a stabilit nu numai deficiența cît și potențialul de muncă rezultat prin investigații cu nuanță de preorientare și prognostic al muncii;

— analiza celor 8 locuri de muncă ergoterapică selecționate pentru acest an în vederea întocmirii ergogramelor și a elaborării criteriilor de repartizare a bolnavilor pe posturile respective;

— prestarea activităților ergoterapice de către cei 50 de bolnavi selecționați în lot și analiza complexă şi continuă a acestora pe întreaga durată a ergoterapiei, analiză cu valoare ergodiagnostică ;

— examinarea finală a lotului avînd ca obiectiv reevaluarea capacităţii de muncă cu încadrarea corespunzătoare în grade de invaliditate în funcţie de modificările apărute ca urmare a acţiunilor de recuperare ;

— reinserţia socio-profesională a unui număr de 39 bolnavi încadraţi în grade inferioare de invaliditate în urma reevaluării ;

— valorificarea rezultatelor obţinute prin urmărirea adaptării la locul de muncă a celor încadraţi după o perioadă de 2—3 luni de la plasarea în muncă.

Criteriul general de selecţie şi repartizare a bolnavilor în cele 8 forme de ergoterapie l-a constituit gradul de corespondenţă între cerinţele ergogramelor şi nivelele restante ale funcţiilor psiho-fiziologice şi psihice ale pacienţilor.

Criteriul general de selecţie a impus ca discrepanţa între cerinţele ergogramei şi posibilităţile subiectului să nu fie mai mare de o treptă pentru cel puţin 75 % din totalul funcţiilor necesare evaluate.

Criteriile speciale de selecţie şi repartizare în diverse forme de ergoterapie au fost reprezentate de o serie de variabile cum ar fi : limitele de vîrstă, sex, pregătire profesională şi calificare anterioară pensionării, orientare preferenţial-aspiraţională spontană a pacienţilor.

Prin faptul că majoritatea subiecţilor dispun de calificare profesională şi ca urmare deţin deprinderi profesionale sistematizate ei au fost orientaţi către forme de muncă care să le dea posibilităţi crescute de reantrenare a deprinderilor de muncă anterioare survenirii afecţiunii psihice.

In urma studiului întreprins s-a realizat în faze incipiente strategia de investigare interdisciplinară şi de recuperare ergo-psiho-socio-terapică concretizată prin elaborarea fişei de ergodiagnoză cu posibilităţi de predicţie a potenţialului psihic restant.

Această strategie de lucru s-a concretizat în etapa I-a (primele 10 zile) prin utilizarea în mod paralel cu activităţile de ergoterapie a unor tehnici psihoterapice variate de tip : raţional, sugestie-autosugestie şi în special de „activare" sau relaxare, iar în etapa a II-a (ultimele 11 zile) s-a continuat ergoterapia şi psihoterapia menţionată anterior cu singura deosebire că în cursul fiecărei zile de muncă ergoterapică s-a efectuat la începutul, mijlocul şi sfîrşitul activităţii depuse o tehnică de relaxare psihosomatică bazată pe antrenament autogen deja efectuat (parţial în prima etapă).

Realizarea scopului propus de reantrenare în muncă a potenţialului restant şi reinserţia socio-profesională imediată prin ergoterapie a avut loc în condiţiile integrării ergoterapiei în cadrul unui sistem recuperator general cu caracter multidimensional în care medicul specialist, psihologul, sociologul şi expertul şi-au avut rolul lor bine determinat.

Acţiunile întreprinse ergo-psiho-socio-terapice, desfăşurate atît cu bolnavul cît şi cu membrii familiei acestuia au avut ca rezultat creşterea interesului pentru muncă, atragerea individului la viaţa de grup, reorientarea atitudinii faţă de boală, invaliditate şi muncă, optimizarea atitudinii bolnavului faţă de familie, creşterea gradului de toleranţă al acestuia faţă de stressuri în vederea pregătirii lui pentru reluarea vechilor statuturi sociale şi profesionale anterioare invalidării.

Realizarea acestor obiective a fost posibilă prin întocmirea unui program zilnic de activitate care s-a desfăşurat cu sprijinul şi sub observaţia permanentă a cadrelor de specialitate şi care a avut menirea să obişnuiască bolnavii cu un anumit orar cotidian, regim de viaţă organizată pe care bolnavii au fost sfătuiţi să-l urmeze şi după externare.

În urma reevaluării capacităţii de muncă un procentaj de 84 % din lotul de nevrotici şi 72 % dintre psihopaţi au fost trecuţi în grade inferioare. Pentru bolnavii trecuţi în grade inferioare au fost întreprinse acţiuni de reîncadrare în muncă iar la o perioadă de 2—3 luni de la plasarea în muncă s-a efectuat urmărirea adaptării pe locurile de muncă.

Această acţiune complexă subliniază încă o dată rolul tuturor specialiştilor implicaţi în actul recuperării.

RECUPERAREA ŞI INTEGRAREA PROFESIONALĂ A HANDICAPULUI MINTAL

M. Hodoroabă
— Iaşi

MOTIVAŢIA COMUNICARII ŞI METODOLOGIA DE INVESTIGAŢIE

In comunicarea de faţă analizăm unele posibilităţi de recuperare şi integrare socio-profesională a handicapatului mintal cuprins în învăţămîntul instituţionalizat, a analiza aceste posibilităţi în viziunea concepţiilor actuale şi de perspectivă.

In scopul fixat, am adăugat la experienţa noastră de peste 20 ani în domeniul oligofrenologiei datele izvorîte din urmărirea sistematică a seriilor de absolvenţi ai şcolii ajutătoare din Iaşi, orientarea lor în familie, şcoală, societate, producţie. Coroborarea interdisciplinară cu factorii de intervenţie angajaţi ne-a oferit un material ilustrativ în plus.

A. Şcoala ajutătoare constituie aşadar prima ipostază din cele cîteva ale procesului recuperator instructiv-formativ-corectiv. Ea pune bazele educaţiei profesionale. În primele 4 clase se realizează la acest nivel de şcoală recuperarea unor tulburări fizice şi senzoriale, coordonarea psihomotricităţii, formarea unor deprinderi practice de autoservire şi de muncă. Următoarele 3 clase sînt destinate preorientării profesionale.

Organizaţi în microgrupuri de 6—8 elevi, pe clase paralele, sexe, ei participă periodic la fiecare atelier şi cerc ergoterapeutic, pentru a se familiariza cu materialele, specificul şi ritmul de lucru. Din clasa a 8-a începe orientarea propriuzisă pentru o anumită meserie. Cînd gradul de recuperare permite, etapa poate fi devansată cu 1—2 ani. Noi am studiat la subiecţi raportul dintre rezultatele obţinute în pregătirea şcolară şi profesională, apreciind o deplină concordanţă la 83 % puberi adolescenţi în comparaţie cu numai 71 % prepuberi. Nonconcordanţa se înregistrează la un număr diminuînd de la 29 % preadolescenţi la 17 % adolescenţi, fie prin decalajul între rezultatele mediocre obţinute la pregătirea practică şi slabe la cea teoretică, fie invers.

În scopul facilitării procesului de conştientizare a subiecţilor asupra importanţei prioritare a pregătirii lor practice, noi considerăm strict necesară respectarea cîtorva direcţii metodologice ;

1. Transmiterea cunoştinţelor are ca piatră unghiulară sarcina de a dezvolta handicapatului mintal capacitatea de a recepţiona, acumula şi înţelege materialul informaţional. De asemenea, a-i forma un limbaj ergonomic de primă uzanţă în cunoaşterea şi manipularea materialelor, instrumentelor şi tehnicilor de muncă. Această linie metodologică este urmărită atît în activitatea ludică, cea reactiv-educativă, ergoterapeutică, cea social-utilă, cît şi în cadrul predării fiecărui obiect de studiu care se concretizează prin activităţi practice aplicative.

2. Adaptarea handicapatului mintal copil şi tînăr la muncă constituie o altă direcţie metodologică în atenţia factorilor de răspundere. Aceasta impune evitarea supraangajării, subangajării şi paraangajării lui, multiplicării sau simplificării exagerate a sarcinilor transmise. Observaţiile noastre relevă la un număr oscilînd între 75 şi 83 % subiecţi puberi din seriile urmărite o capacitate de adaptare accesibilă. Ei manifestă preocuparea de a se informa minuţiozitatea în execuţia obiectelor, bine apreciate cu ocazia diferitelor expoziţii organizate la nivel local, central, chiar peste hotare.

3. Educarea spiritului de responsabilitate pentru calitatea muncii, a ataşamentului şi stabilităţii în muncă constituie cea de a treia direcţie metodologică urmărită de noi. Ea îşi găseşte un teren propice de realizare în şcoala de profil, în măsura în care, întregul proces de transmitere, selectare, utilizare a informaţiilor trece prin filtrul afectivităţii subiectului respectiv pentru a ajunge la intelectul său. Această direcţie metodologică are în vedere trei obiective : ca handicapatul mintal cuprins în această formă de învăţămînt instituţionalizat să lucreze ceea ce poate, ceea ce vrea şi treptat ceea ce trebuie.

a.) Primul obiectiv, de a lucra ceea ce poate, impune adaptarea condiţiilor de lucru la potenţialul său mintal, psihoenergetic, nu printr-o simplificare deformată a tehnicilor de lucru ci printr-o prezentare şi utilizare partajată a materialelor şi ustensilelor, o restructurare continuă a condiţiilor de muncă, în funcţie de vîrstă, sex, mediu de viaţă, gradul de recuperare.

b.) Al doilea obiectiv, acela de a lucra ceea ce vrea, ce doreşte, vizează direct ponderea intereselor, motivaţiilor şi aptitudinilor fiecăruia. Astfel, noi am remarcat o exprimare precoce a interesului profesional la subiecţi. În studiul nostru am decelat 77 % subiecţi cu preocupări pentru meserii accesibile nivelului lor de recuperare, 13 % cu interese pentru profesiuni cu şansă minimă de realizare. Aceştia din urmă precum şi cei 10 % care exprimă preocupări pentru profesiuni inaccesibile potenţialului lor, sînt continuu în atenţia colectivului de specialişti, necesitînd o restructurare permanentă a acestor preocupări la nivel accesibil.

c.) Al treilea obiectiv, ca handicapatul mintal să lucreze ceea ce trebuie, impune din partea acestuia un efort conştient, capacitatea de a opinia şi decide personal asupra viitoarei sale profesiuni, străduinţa de a-şi adapta potenţialul propriu la exigenţele producţiei. Bazele acestui obiectiv se pun încă din primele etape de şcolarizare, cînd elevul învaţă să îndeplinească unele obligaţii, să depună efort în depăşirea insucceselor, în obţinerea unor bune rezultate şcolare.

Ce calităţi trebuie să probeze un specialist în acest domeniu ?

— Competenţă profesională în primul rînd, pentru a cunoaşte cît mai exact structura psihoenergetică a copilului şi tînărului mental handicapat, dialectica sui-generis a personalităţii lui.

— Un angajament responsabil pornit din motivaţie intrinsecă.

— Pasiune şi creativitate în a evalua disponibilităţile remanente ale acestuia, a-i nivela asperităţile şi a deschide un orizont mai larg posibilităţilor lui recuperator-integrative.

B. Şcoala profesională constituie următoarea ipostază recuperatorie. Aici se continuă direcţiile metodologice şi obiectivele şcolii ajutătoare la un nivel concret, echilibrat. Atelierul ei devine un veritabil laborator unde profesorii maiştri cultivă adolescenţilor ideea de politehnism, spiritul de disciplină, economie, perseverenţă. La terminarea acestei şcoli sînt încadraţi ca muncitori calificaţi în sectorul de stat şi cooperatist.

În scopul asigurării continuităţii pregătirii profesionale şi evitării timpului de latenţă în adaptarea la noul nivel de şcoală, noi am trecut în anul şcolar curent la tipul şcolii ajutătoare de 10 ani, cu pregătire profesională integrală.

C. Calificarea directă la locul de muncă constituie o altă ipostază de profesionalizare, îndeosebi pentru acei subiecţi care absolvesc şcoala ajutătoare la o vîrstă avansată de 17—19 ani. Această formă de pregătire necesită o atenţie cu totul aparte din partea tuturor factorilor de influenţă. Aceasta, deoarece, fiind doar parţial recuperaţi, fiind angajaţi, ei manifestă oboseală, adaptare dificilă la ritmul şi stilul de muncă. Lipsa unui suport moral permanent, de care se bucurau în şcoală, tratarea cu indiferenţă sau neînţelegere în cadrul noului colectiv de muncă îi determină să renunţe cu uşurinţă la încadrare, să caute dintr-o instituţie în alta o muncă mai uşoară. Orice eşec le amplifică conştiinţa propriului deficit, în care se refugiază ca într-o oarbă fatalitate. Evitarea traumelor şi conflictelor intrapsihice devine aproape imposibilă. De aici pînă la ancorarea în patologie nu este decît un pas. Dimpotrivă, dacă familia, şcoala, organizaţiile de tineret urmăresc în continuare cu grijă profesionalizarea acestor subiecţi, ei devin susceptivi de progres.

Noi am organizat un sondaj catamnestic în unităţile productive din municipiul Iaşi, unde sînt încadraţi foştii absolvenţi ai şcolii ajutătoare. Datele obţinute relevă doar la 69% adolescenţi tineri intelectual dezavantajaţi faţă de 83% în şcoala ajutătoare, o adaptare şi o stabilitate relativă la locul de muncă. Ei manifestă atitudine independentă, trăsături de voinţă ca punctualitate, modestie, apropiindu-se prin conduita lor socială de normalitate. Unii, care n-au ajuns la recuperare totală, îndeosebi cei calificaţi direct la locul de muncă, circa 25%, manifestă oarecare instabilitate în producţie, tentaţia pecuniară mai evidentă la aceştia, îndemnîndu-i să rîvnească mereu la o muncă uşoară şi bănoasă, la un cîştig fără efort. În fine, 6% subiecţi cu grave carenţe de adaptare în muncă, crează multiple probleme de ordin sanitar şi social. Pentru această categorie de subiecţi noi considerăm necesară prezenţa atelierelor protejate, cu regim special de terapie medicală, de ergoterapie remunerată, de securitate.

CONCLUZII

Pregătirea profesională a copilului şi tînărului handicapat mintal în scop recuperator-integrativ constituie în etapa actuală de evoluţie socială o problemă de mare răspundere pentru toţi factorii care lucrează în interdisciplinaritate. De aceea noi considerăm necesară organizarea practicii cu elevii încă din ultimele clase a şcolii ajutătoare direct în producţie, în atelierul uzinal. Deopotrivă, opiniem pentru extinderea pregătirii profesionale a acestora pentru un număr mai mare de profesiuni accesibile, în agricultura mecanizată, viticultură, zootehnie, cooperative meşteşugăreşti şi de artizanat, ca personal de întreţinere în marea industrie automatizată cu operaţiuni bine protejate, în sectorul spitalicesc şi de salubritate.

Considerăm de asemenea necesar ca educaţia opiniei publice prin intermediul mijloacelor mass-media să se ridice pînă la o veritabilă democratizare a concepţiei acesteia despre viitorul handicapatului mintal ca şi a oricărui copil şi tînăr fizic sau psihic dezavantajat.

Pentru un specialist în domeniu nu există mai mare satisfacţie decît aceea, de a vedea în final rodul muncii lui depusă cu dăruire şi optimism, cu eforturi inepuizabile, pentru a-i cizela acestui handicapat personalitatea, a-l reda societăţii ca o forţă utilă de muncă. Desigur, problema recuperării profesionale ca şi cea a căsătoriei, familiei, responsabilităţii lui civice vor constitui tematica a numeroase reuniuni ştiinţifice. Ele vor demonstra în final aşa cum susţinea Albert Camus că handicapatul mintal are dreptul să se bucure de aceeaşi grijă umanitară, de aceeaşi stimă şi protecţie din partea societăţii.

Une succinte refléction sur les modalités actuelles d'investigation et d'éxploration sur la personnalité du handicapé mental, nous permet de remarque des le handicapé mental, nous permet de remarque l'intérêt que notre société contemporaine manifeste pour la preparation de ceçi pour la vie et la production.

La synthèse des données réelles, issues d'une prolongée expérience en oligophronologie nous a permet apprécier que l'école auxiliaire, dans sa fonctionnalité actuelle dispose de suficentes resources en ce sens. Pour les cadres de spécialistes qui manifestent competence, ésprit d'engagement résponsable, passion et créativité elle ouvert un large terrain pour la connaissance et l'évalution des carrences et des disponibilités bio-psycho-sociales de la personnalité de chaque élèvre. Les directions méthodologique, leur offrent des vastes possibilités de former et d'informer l'élève correctement et equilibré, afin de lui assurer une bonne preparation théorique et pratique, de lui développer l'effort, les habitudes et l'attachement pour le travail.

On apprécie que le handicapé mental, aussi que le normal peut avoir des intérêts et des motivations saines de travail. C'est pourquoi les spécialistes doivent insister pour les cultiver de tels intérêts, en evitant tous les défauts dans l'orientation des intérêts, motivations professionnelles, au délàs de leurs disponibilités réelles Toutefois, en suivant les objectifs majeurs de l'orientation professionnelle a ce niveau, les cadres didactiques viendront hermoniser continuellement les options et les préférences professionnelles du sujet a sa capacité de les traduire en vie. Pendant les trois ipostases de récupération professionnelle dans l'ecole auxiliaire, l'ecole professionnelle et au lieu de travail le handicapé mental apprend s'engager avec sériosité et sens de résponsabilité dans l'assimilation des connaissances, la manipulation des matériaux et des techniques de travail, dans l'application des obligations ici impliquées.

En final nous relevons la necéssité d'une poursuite catamnéstique de adolescent handicapé dans la famille, l'ambiances sociale, dans la production, jusqu'à une stabilisation convenable au lieu du travail. Le climat affectif, afin d'évite le stress traumatisant, les conflictes intrapsychiques stimulatif qui'il faut maintenir autour de lui en continuité, garde sa valeur. Nous croyons que tous les facteurs d'influence, avec le tact et l'optimisme qui les caractérisent, viennent y s'engager. Avec une attitude calme et humanitaire, ils devront ajouter le sujet respectif de déppasser cette étape d'âge pleine des contrastes et des inquiétudes.

Ainsi, l'enfant et le jeune mentalement désavantagé, aussi que tous les autres handicapés, pourra se réjouir près du normal, de son droit de travailler, d'aimer, de vivre.

BOLNAVUL PSIHIC INVALID ŞI PSIHOLOGIA SITUAŢIEI DE BOALĂ ; IMPLICAŢII ÎN RECUPERARE

Iolanda Mitrofan, Mihaela Gheorghiu
— *Bucureşti*

Prelungirea în timp a statutului de bolnav psihic (adesea ţintă a „stigmatului" social, a izolării sau a conduitelor hiperprotective) favorizează adoptarea şi „personificarea" rolului de bolnav psihic — ca o formaţiune structuralizată reacţionînd — atitudinal, cel mai frecvent generînd refuzul, demisia — implicită sau explicită — de autoimplicare a pacientului în propria-i compensare.

Astfel, în virtutea specificului tulburărilor sale, bolnavul psihic, odată etichetat „invalid", fie chiar şi temporar, „zădărniceşte" mai mult sau mai puţin conştient, efortul terapeutic de recuperare a sa.

Refuzul, abandonul sau pseudoutilizarea medicaţiei prescrise, opoziţionalitatea sau falsa implicare în unele tentative psihoterapeutice, „afişarea" unei lipse de speranţă şi încredere în eficacitatea oricărei terapii menită să restabilească starea de sănătate şi respingerea oricărei tentative de activizare, sînt cîteva coordonate constante ale „marelui sindrom demisionar cu ancorare în boală" (A. Borcea), care constituie cel mai adesea un sindrom de sorginte psihologică şi situaţional-socială, supraadăugat tulburărilor reale. El exprimă în fapt, o psihologie aparte a personalităţii statuate în ipoteza sa patologică (recunoscută social ca ipostază de invaliditate), în virtutea căreia, bolnavul psihic caută să-şi prelungească inerţios, dar „justificat" din perspectiva motivaţiilor sale subiective, comportamentul, aşteptările şi aspiraţiile unui rol implicit.

Menţinerea concordanţei dintre statutul şi rolul de bolnav psihic pensionat, imprimă astfel un traiect patologic existenţei subiectului, determinat psihologic şi social, adesea cu pericolul ireversibiltăţii. Astfel, bolnavul psihic începe printr-o relativă excentrizare socială în conformitate cu stabilirea invalidităţii sale şi continuă printr-o autoexcentrizare socială, care îi limitează semnificativ posibilităţile subiective de revenire în cîmpul activ social.

Este de la sine înţeles că, nerecunoaşterea socială sau suspendarea la un moment dat a statutului de bolnav antrenează consecutiv alterări, modificări şi disfuncţii corespunzătoare în conduita de rol. Mecanismele profunde, afectiv-motivaţional-volitive, angajează în această situaţie resursele intime ale personalităţii într-un comportament de apărare, care tinde să menţină inerţios falsul echilibru al situaţiei de „a fi în boală", a cărei semnificaţie negativ-originară (de afectare a personalităţii) se pierde astfel, convertindu-se într-una aparent pozitivă (de ex. „drept în exclusivitate la boală", „meritul" indubitabil de a fi recunoscut ca bolnav, cu toate aparentele beneficii afectivei morale, sociale şi materiale ce decurg din acesta).

Din această psihologie a persoanei aflate în situaţia statuată prelungit de invaliditate, cu coordonatele sale relaţionale specifice — decurg unele dintre dificultăţile întîmpinate în demersurile recuperatorii. Se poate deduce de aici, că statuarea sau instituirea prematură a invalidităţii bolnavului psihic, constituie prin ea însăşi un impediment, în calea unei recuperări ulterioare.

Ideal, recuperarea cel puţin a unei largi categorii de bolnavi psihici, în mai mare măsură decît a celor somatici, ar trebui să aibă un caracter de prevenţie precoce şi prelungită, ea desfăşurîndu-se în condiţii mult mai bune, atunci cînd bolnavul nu este prematur etichetat social drept „invalid prin alienare", ci doar in extremis.

Statutul de invalid ar fi normal să intre în circulaţie abia după consumarea unei succesiuni de programe recuperatorii complexe, care să poată prelungi cît mai mult timp inserarea bolnavului psihic în circuitul vieţii active, cu toate meandrele, recăderile şi revenirile evoluţiei clinice. Aceasta cu atît mai mult cu cît, implicaţiile psihologiei situaţiei de boală şi de invaliditate se resimt în utilizarea şi eficacitatea unor tehnici şi proceduri psihosocioterapeutice, care alături de cele chimioterapeutice constituie mijloace recuperatorii de bază în cazul bolnavilor psihici.

Reechilibrarea raporturilor cu mediul socio-profesional prin recucerirea ipostazei activ-eficient-productive se construieşte dificil în condiţiile unei motivări inadecvate, centrate pe menţinerea aparentei siguranţe afectiv-materiale conferită de statutul de pensionar, care odată cu aceasta, generează, menţine şi consolidează, din păcate, la mulţi bolnavi, ideea şi sentimentul ireversibilităţii, al incurabilităţii şi inutilităţii dureroase, al excentrizării sociale, prin pierderea sensului existenţial constructiv. Tentativa psihoterapeutizării unui bolnav psihic statuat invalid este cu atît mai delicată cu cît scopul ei este nu doar de a produce o întărire şi valorizare a eului, ci în primul rînd de modificare şi restructurare a seturilor cognitive în autoevaluarea propriilor resurse de revitalizare, de convingere, „probare" şi „demonstrare" a capacităţilor restante. Or, modificările cognitive nu se pot produce în afara unei recentrări motivaţionale, unei reinvestiţii cu semnificaţie pozitivă a valorilor sanogenetice (muncă, afiliere şi integrare în micro şi macrosocius).

Toate acestea ne obligă să regîndim demersul psihoterapeutic al unui invalid psihic recuperabil în sensul perfecţionării atît a cadrului formal-organizatoric în care se desfăşoară, care prin el însuşi să faciliteze implicarea şi cointeresarea bolnavului cît şi a practicării unor metode psihosocioterapice cu efect resocializator axate în special pe valenţele sanogenetice ale grupurilor familiale şi de muncă ale bolnavilor.

A face psihoterapia bolnavului psihic înseamnă implicit a face psihosocioterapia situaţiei de boală generată, întreţinută şi adesea agravată într-un context social anumit. Avem în vedere în acest sens, nu doar terapiile de cuplu şi de grup familial, ci şi cele ale grupurilor şi colectivelor de muncă, axate pe o largă acţiune formativ-educativă, care să permită o mai bună penetrabilitate, acceptanţă şi valorificare a unor bolnavi psihici, a căror invaliditate trebuie înţeleasă doar ca o ipoteză episodică şi posibilă (mai mult sau mai puţin) în traiectoria existenţială a oricărui individ.

Acordarea uneori pripită a drepturilor de invaliditate, pe lîngă generarea unei psihologii aparte cu consecinţe puţin dezirabile vis-à-vis de eforturile terapeutice ulterioare, conferă şi alternativa neeconomicoasă a ignorării şi nefolosirii unor forţe de muncă utile în condiţii protejate sau în perioade de remisiune spontană sau postterapeutică ce pot surveni în contextul „invalidităţii statuate“.

Modificarea atitudinii şi concepţiei sociale asupra invalidităţii bolnavului psihic, cu eventuala punere în discuţie şi a suportului lingvistic prin care este exprimat acest fenomen, constituie unul din elementele, care ar putea modifica prin el însuşi, cursul unor existenţe psihopatologice, conferindu-le forţa necesară revenirii la normalitate.

sănătate mintală şi asistenţă psihiatrică

SEMNIFICAŢIA STUDIILOR COHORT ÎN DINAMICA ASISTENŢEI PSIHIATRICE LA NIVELUL BAZEI DE STUDII PILOT EURO-OMS „SOCOLA" IAŞI

P. Brânzei, G. Simovici, V. Chiriţă, I. Indrieş, C. Barabolschi, C. Borza
— Iaşi

Organizaţia Mondială a Sănătăţii — Biroul regional Europa, a iniţiat un program pe termen lung, pentru evaluarea, planificarea şi dezvoltarea serviciilor de sănătate mintală în ţările europene. În această activitate s-a încadrat, sub conducerea prof. dr. Petre Brânzei şi Baza de studii pilot „Socola" Iaşi, care a efectuat o serie de cercetări în legătură cu dinamica morbidităţii psihiatrice pe eşantioane reprezentative ale populaţiei din aria de cuprindere.

În 1980, baza noastră de studii a efectuat mai multe cercetări, dintre care vom prezenta spre exemplificare recensămîntul pacienţilor internaţi şi ambulatori.

Recensămîntul pacienţilor internaţi se referă la o anumită zi — joi, 31 ianuarie 1980 şi cuprinde pacienţi din toate secţiile spitalului, inclusiv serviciul de copii. Începerea recensămîntului pacienţilor ambulatori s-a făcut de asemenea pe 31 ianuarie 1980 şi a continuat pînă în 12 februarie 1980, cînd s-a ajuns la cifra de 500 cazuri, asupra cărora ne-am oprit de la început. La acest din urmă recensămînt au fost luate măsuri pentru ca nici un pacient să nu fie înregistrat de două ori.

Recoltarea datelor s-a făcut pe formulare special concepute în acest scop, care au cuprins 14 itemuri fiecare, conform modelului anexat (vezi anexa 1).

Prelucrarea datelor a necesitat un mare volum de muncă, dar nu s-au întîmpinat probleme deosebite.

Prezentăm în cele ce urmează datele finale ale studiului cohort, referindu-ne comparativ la alt studiu de acelaşi gen efectuat la 1 iulie 1976.

La data de 31 ianuarie 1980, excluzînd secţiile exterioare, erau în total 886 pacienţi (inclusiv cei internaţi şi externaţi în ziua respectivă), faţă de 790 pacienţi în 1976 (112,15%). Dintre aceştia : repartiţia pe sexe : 473 bărbaţi (53,4%) şi 413 femei (46,6%), grupa de vîrstă predominantă a fost cea între 25—44 ani cu 40,18%, fiind urmată de grupa 45—64 ani cu 32,6%. Din punct de vedere al stării maritale : 48,53% dintre pacienţi erau căsătoriţi, 34,88% necăsătoriţi, iar cei separaţi sau divorţaţi reprezentau 8,69% (dintre care 75% femei). În privinţa duratei spitalizării : marea majoritate a pacienţilor erau internaţi de mai puţin de o lună (75,85%), procentul scăzînd în proporţie inversă cu durata spitalizării, pentru a creşte din nou la cei spitalizaţi de peste 5 ani (4,29%). Aceştia din urmă reprezintă un grup de pacienţi cu afecţiuni cu evoluţie îndelungată, care beneficiază de ergoterapie în atelierele speciale ale spitalului.

În ceea ce priveşte frecvenţa afecţiunilor tratate, putem face comparaţia cu datele din 1976. Psihozele organice sînt extrem de constante ca frecvenţă, lucru care se confirmă şi pentru grupul psihozelor schizofrenice, stărilor paranoice, ca şi în privinţa nevrozelor şi tulburărilor de personalitate.

Se remarcă o scădere a frecvenţei psihozelor afective, care reprezintă în 1980, 10,73% dintre pacienţii internaţi, faţă de 16,96% în 1976. Epilepsia, acompaniată sau nu de tulburări psihice arată o frecvenţă sporită. Evident, cea mai mare frecvenţă aparţine pacienţilor prezentînd suferinţe nevrotice sau tulburări de personalitate (29,45%).

Este remarcabil că aproape 22% dintre pacienţi vin la internare singuri, sau însoţiţi de rude ori prieteni, fără ca vreo altă verigă intermediară să se interpună între pacient şi spitalul nostru unde se practică cu consecvenţă sistemul „uşilor deschise". Desigur marea majoritate a celor care cer spitalizarea o fac la trimiterea medicilor psihiatri din serviciile ambulatorii sau din cabinetele LSM-ului pentru cei aflaţi în evidenţă specială.

În ceea ce priveşte pacienţii ambulatori, datele arată că din cei 500 pacienţi examinaţi, 68,6% au fost femei, raportul dintre sexe fiind de 2/1 în favoarea sexului feminin. Grupa de vîrstă predominantă este şi aici cea a pacienţilor între 25—44 ani (32,6%). Mai mult de 3/4 dintre pacienţi erau căsătoriţi. În ceea ce priveşte frecvenţa consultaţiilor 57,6% erau la prima consultaţie, 19,8% la a doua ş.a.m.d.

Grupul nevrozelor şi tulburărilor de personalitate reprezintă 70,8% fiind mult peste frecvenţa găsită la pacienţii internaţi, cu o predominanţă marcată a sexului feminin.

Dintre pacienţii ambulatori 78% erau căsătoriţi, aşa că apare firesc ca marea majoritate să locuiască cu familia nucleară şi numai 11,2% singuri.

Studiile cohort nu reprezintă un scop în sine. Ele au rolul de a evidenţia grupele de populaţie cu potenţial de risc crescut, afecţiunile care solicită cea mai mare cheltuială de efort medical şi de a indica direcţiile de profilaxie adecvate.

ICP/MNH 007 (Faza III)

FORMULARUL Nr. 4
RECENSĂMÎNTUL PACIENȚILOR — INTERNAȚI

4.1. Pacientul internat

M	N	H	P	A	3	0	2

4.2. Codul ariei

1	3	1

4.3. Codul serviciului — Unitatea funcțională

4.4. Data recensămînt.

ziua luna anul

4.5. Numărul pacientului

4.6. Sex Masculin 1
Feminin 2

4.7. Data nașterii

4.8. Grupa de vîrstă

4.9. Starea maritală

4.10. Data internării prezente

4.11. Durata internării

4.12. Diagnostic psihiatric Rev. 8
Rev. 9

4.13. Grup diagnostic

4.14. Circumstanțe familiare (locuiește cu)

4.15. Pacientul trimis de

The World Health Organization — Regional Office for Europe, has initiated a lasting programme meant to estimate, plan and develop the services of mental health in the European countries. Under the guidance of Prof. Dr. Petre Brânzei, the Base of pilot studies „Socola" Iași made an important contribution in this respect by carrying out a series of research works concerning the evolution of psychiatric morbidity in outstanding samples of population within the research area.

In 1980, our base of studies has carried out several research works, out of which we will exemplify the census of the in-patients and out-patients.

The census of in-patients refers to a specific day — Thursday, the 31-st of January 1980 — and it comprises patients from all the sections of our hospital, the children's department included. The census of out-patients has also started on the 31-st of January, and went on until the 12-th of February 1980, when the number of 500 cases was reached. A special attention was paid to this census so that no patient might be registered twice.

The sampling of the data was made on specially-conceived printed forms which had 14 items each, according to the enclosed mode (see Annexe 1).

The remaking of the data took a great amount of work, but no special difficulties were encountered.

Here are the final data of the cohort study in comparison to another similar study carried out on the 1-st of July 1976.

On the 31-st of January 1980, excluding the external sections, we had 886 patients altogether (including the hospitelized and the released ones on thet day) compared to 790 patients in 1976 (112,15%).

Out of these patients: the distribution according to sex; 473 men (53.4%) and 413 women (46.6%); —

the prevalent age group was the one between 25 and 44 years (40.18%), followed by the 45—64 group (32.6%); — from the marital status point of view, 48.53% of the patients were married, 34.88% singles, and 8.69% separaded or divorced (out of the latter ones 75% were women); — as concerning the period of time spent in hospital: the great majority of the patients have been in hospital for at least a month (75.85%), the percentage diminishing inversely proportional to the period of time spent in hospital, and increasing again in those who have been in hospital for more than 5 years (4.29%). The Latter ones represent a group of patients suffering with long developing affections, who are subjected to ergotherapy in the special workshops of our hospital.

As regarding the frequency of the treated affections, we can compare the actual data to those obtained in 1976. The organic psychoses are extremely constant in frequency, which fact was confirmed by the schizophrenic psychoses, too, as well as by the paranoic states, by the neuroses and the troubles of personality.

A decrease in the frequency of the affective psychoses was noted, these psychoses representing 10.73% of the in-patients in 1980, compared to 16.96% in 1976.

The epilepsy, attented or not by psychic troubles, has increased in frequency. The greatest frequency obviously belongs to the patients having neurotic sufferings or troubles of personality (29.45%).

It is remarkable that almost 22% of the patients come to the hospital by themselves or accompanied by relatives or friends, without any other intermediate link interposed between the patient and our hospital, where the „open doors" system is permanently aplied. Of course, the great majoritp of those who ask to be admitted are sent by the psychiatrists in the ambulatory services or in MHL offices for the conspicous ones (special accounts).

As regarding the out-patients, the data show that: — out of the 500 patients examined, 68.6% were women, the ratio between the two sexes being 2/1 in the favour of the feminine one. The prevalent age group was again that of the patients between 25 and 44 years (32.6%). More than 3/4 of the patients were married; — the frequency of the consultations: 57.6% were at their first consultation, 19.8% were at their second consultation, a.s.o.; — the group of neuroses and troubles of personality represents 70.8%, being superior to the frequency found in the in-patients, with a marked prevalence of the feminin sex; — Of the out-patients 78% were married, and it appears natural that most of them were living together with their families and only 11.2 percents by themselves.

The cohort studies don't represent a purpose for itself. They are meant to point out the groups of population having a high risk potential, the affections that require the gratest expenses and medical efforts and toshow the adequate directions of prophylaxis.

PSYCHIATRY IN THE FEDERAL REPUBLIC OF GERMANY: THE SITUATION AFTER THE „ENQUÊTE" OF 1975

F. Reimer
— *R. F. Germania*

Efforts to reform psychiatry in West Germany were to have been set in motion by the „Psychiatrie-Enquête" (1975), a state-of-the-art report. This report led nevertheless to the establishment of community-based mental health services, e.g. psychiatric halfway-houses, psychiatric lodges, day-and-night treatment centers, thus enabling a reduction of the number of beds within existing psychiatric hospitals.

But chronic psychiatric patients, who had been only insufficiently treated within large psychiatric hospitals, not coming into their own there, have been transfered to nursing homes which only partially meet satisfactory standards.

On the other hand, the report as well as the concentrated public interest in psychiatry have led to more extensive care of neurotic patients than heretofore, so that for these patients and also some types of addicts, children and adolescents, a relatively large number of services and therapeutic facilities have been established.

Particularly the new-formed small psychiatric units within general hospitals devote themselves to the care of neurotic patients, so that in West Germany one may speak of a „two-tier-psychiatry", whereby the more seriously ill, such as chronic schizophrenics and psychogeriatric patients are relegated to large and partiallp remote psychiatric institutions, where they are still treated insuficiently. Especially for this patient group there is a lack of specific rehabilitative facilities, day-and-night treatment centers, psychiatric halfway-houses, sheltered lodgings and workshops.

To some extent this deficiency is result of an unwillingness of medical insurance carriers to recognize the validity of these modern therapeutic methodologies and to bear their costs.

RELAŢIA COST-BENEFICIU-EFICIENŢĂ ÎN DINAMICA ASISTENŢEI ÎN CENTRUL PSIHIATRIC IAŞI

P. Brânzei, Adriana Şaramet, V. Chiriţă, I. Braharu, Maria Cornelia Cafriţa-Vulpe, G. Simovici, C. Borza, I. Indrieş, Herta Păruş
— *Iaşi*

În ultimii ani, la nivelul Bazei de studii pilot EURO—OMS „Socola" Iaşi, s-a conturat preocuparea de a studia cheltuielile legate de îngrijirea bolnavului psihic, prin analizarea costului direct.

Prezentul articol prezintă comparativ, datele a două cercetări efectuate, prima pentru anii 1976—1977 şi a doua pentru anii 1978—1979. Ultima cercetare este mai amplă, ea referindu-se la totalitatea paturilor din spital (810), faţă de numai 610 paturi luate în considerație la prima cercetare.

Au fost luaţi în considerare următorii indicatori de bază: cheltuielile pentru un pat fizic; pentru un pat ocupat; pentru o zi de spitalizare şi cheltuielile pentru un pacient internat sau asistat.

Ratele de amortizare ale clădirilor şi aparaturii nu au fost luate în consideraţie.

In vederea unei exprimări adecvate ale cheltuielilor efectuate, în studiul costului direct pe ultimii doi ani, s-au luat în considerare 810 paturi, adică întregul spital clinic, după cum urmează : şase secţii clinice cu 470 paturi pentru pacienţi acuţi ; trei secţii cu 290 paturi, pentru pacienţi acuţi şi convalescenţi şi secţia de zi, concepută pentru 50 pacienţi.

Ne-am referit de asemenea şi la serviciul pentru pacienţi ambulatori adulţi din dispensarul policlinic.

Unul din factorii principali care influeţează direct costul, la toţi indicatorii folosiţi, este utilizarea paturilor. Din compararea datelor rezultă o creştere medie de 10 zile în 1979, faţă de 1978, după cum urmează :

	1978	1979
— serviciile clinice pentru pacienţi acuţi	345	349
— serviciile clinice pentru pacienţi convalescenţi	342	364
— secţia de zi	322	321
Media generală a zilelor de spitalizare :	343	353

Din compararea creşterii utilizării paturilor în 1979 faţă de cea a anilor precedenţi luaţi în studiu se notează o remarcabilă scădere a cheltuielilor pentru o zi de spitalizare pe baza următoarelor feluri de cheltuieli :

Cheltuieli fixe : Acestea sînt comparativ mai mari în a doua perioadă luată în studiu, datorită în principal, creşterii salariilor. Pentru un pat fizic, media costului reprezentată de salarii este cu 925 lei mai mare în 1979, iar pentru un pat ocupat cu 566 lei mai mare. Raportată la ziua de spitalizare, media respectivă se menţine la acelaşi nivel, datorită creşterii utilizării paturilor. Un alt factor care a determinat costul la capitolul cheltuielilor fixe este creşterea alocaţiei pentru hrană, ceea ce a determinat o ridicare a indicatorilor amintiţi.

Cheltuieli variabile : Din acest grup cea mai mare parte o reprezintă cheltuielile pentru medicamente şi materiale medicale, care au scăzut în 1979 în comparaţie cu anii precedenţi luaţi în studiu. Acest fapt se datoreşte utilizării pe o scară mai largă a tehnicilor psihoterapeutice şi a medicamentelor autohtone, cu un preţ de cost evident mai redus.

Comparînd costul în secţiile pentru pacienţi acuţi, cu cel din secţiile pentru convalescenţi se notează o scădere în prima categorie.

Un factor care probează creşterea gradului de confort în toate serviciile Spitalului clinic de psihiatrie „Socola" este creşterea cheltuielilor de întreţinere, care în ultimii doi ani luaţi în studiu sînt sensibil egale în raportările la pat fizic, pat ocupat şi zi de spitalizare.

In secţiile pentru pacienţi acuţi se observă de asemenea şi o creştere a cheltuielilor, pe baza celor făcute pentru investigaţii şi tratament.

Costul spitalizării în secţia de zi este cu 21,1% mai redus faţă de secţiile pentru pacienţi acuţi, ca o consecinţă a reducerii cheltuielilor pentru hrană şi pentru salarizare la toate categoriile de personal.

Costul unei examinări ambulatorii a arătat o creştere în 1979, faţă de anii anteriori, în principal pe baza salariilor.

Studierea costului direct se dovedeşte utilă şi necesară pentru aprecierea şi planificarea fondurilor de cheltuieli în cadrul spitalului, creînd posibilitatea unei mai bune dirijări a acestora în vederea creşterii eficienţei asistenţei psihiatrice.

PSIHIATRIA ACTUALĂ — DOMENIU INTERDISCIPLINAR DE AVANGARDĂ AL MEDICINEI CONTEMPORANE

G. Ionescu
— *Bucureşti*

Sub unghiul dezideratelor, excepţiilor, precum şi al interrelaţiilor, psihiatria cunoaşte două etape ; inegale ca durată, ca tendinţe, ca valoare, ele se întîlnesc în zilele noastre apreciindu-le ca antitetice şi complementare.

Prima etapă cuprinde istoria psihiatriei de la înfiriparea ideii de anormalitate şi boală psihică pînă în secolul nostru, avînd ca realizări majore nosografia şi psihofarmacologia ; este etapa medicală a psihiatriei care prin aceste două axe, veritabile linii de forţă, intră în contemporaneitate, menţinîndu-se în practica asistenţei şi în realitate. Ea şi-a propus un singur ţel-de-a aduce psihiatria pe tărîmul ferm al medicinei — şi a urmat ca unic model, imaginea bolii somatice.

A doua etapă, surprinzător de scurtă, are vîrsta practicii şi experienţei noastre ; bazată pe dialog şi confruntări, ea pune sub semnul întrebării faptul, aparenţa, fenomenologia, căutînd a se sesiza conţinutul, esenţa şi reinvestind axiologia. Este etapa antropologico-socială a psihiatriei care depăşind modelul medical al bolii psihice, ipostaziază şi urmează modelul normofren şi sanogen al colectivităţii şi societăţii. Modelele sale, psihologic şi social, nu sînt de etichetare şi compartimentare nosografică, ci de comprehensiune interumană, de adecvare şi integrare socială ; ele analizează boala psihică nu numai ca expresie clinică ci şi ca fapt de conştiinţă, ca moment trăit de ins în existenţă. Această nouă abordare consideră că în psihiatrie nu este suficientă doar cunoaşterea bolii ci şi înţelegerea ei, la raţionamentul logic-intelectiv, adăugînd postulatul comprehensiv.

Prin tendinţele şi demersurile sale, prima etapă menţine relaţiile şi unitatea psihiatriei cu medicina biologică în timp ce a doua etapă oferă deschiderea psihiatriei spre medicina socială şi psihologică.

Fiecare etapă a dezvoltării psihiatriei cunoaşte şi urmează un anumit model care prezintă o influenţă covîrşitoare atît în privinţa înţelegerii şi aprecierii bolii psihice cît şi în privinţa orientărilor terapeutice. Aceste modele exprimă totodată relaţiile psihiatriei şi medicinei cu domeniile conexe ale cunoaşterii.

Astfel, în epoca primitivă la configuraţia modelului psihiatriei contribuiau creaţii antropomorfizate ale imaginaţiei grupurilor, înţelegerea bolii fiind marcată de convingerea dependenţei omului faţă de forţele supranaturale. În accepţiunea oamenilor de atunci, credinţa în aceste forţe conferă raţiunea insului şi ghidul comportamentului său.

Schiţa unui model medical al bolii psihice apare în antichitatea greacă şi romană fiind influenţată de tipologiile lui *Hipocrat* şi *Galen* legate de homeostazia umorilor corpului. În Evul Mediu ca şi în secolele 17 şi 18, modelul medical al bolii a cunoscut mai multe variante în funcţie de starea cunoaşterii fiecărei epoci. Astfel, influenţa fizicii asupra medicinei a avut ca rezultat apariţia modelului iatrofizic conform căruia organismul era apreciat ca o maşină, funcţionarea lui fiind guvernată de principiile mecanicii. De asemenea, descoperirile din domeniul chimiei, a bazelor, acizilor, precum şi a procesului fermentaţiei au avut ca rezultat apariţia modelului iatrochimic. Influenţe obscurantiste au impus ulterior modelul vitalist care, înlăturînd interpretarea funcţionării corpului pe baze fizice sau chimice a postulat legi speciale de guvernare a organismului.

În forma sa actuală, modelul medical se conturează în secolul al 19-lea, o dată cu descoperirea celulei, a microbilor şi a patologiei celulare. Acest model prevedea şi de cele mai multe ori demonstra, existenţa unor cauze evidente, a unor mecanisme de producere a leziunii, a semnelor acesteia, fiind capabil să schiţeze evoluţia ei probabilă. Acestea constituiau de fapt instanţele majore ale bolii, marcate prin etiologie, patogenie, simptomatologie şi evoluţie clinică. În timp ce majoritatea bolilor somatice şi în primul rînd bolile infecţioase (în epoca respectivă cele mai grave, mai răspîndite şi mai frecvent întîlnite) se conformau acestui model, bolile psihice nu puteau răspunde exigenţelor ştiinţifice respective. De fapt, în epoca edificării modelului medical, bolile psihice nici nu erau conturate din punct de vedere clinic, persistînd încă ideea *psihozei unice*, a *monomaniei*. Necunoscînd delimitări clinice, fără a beneficia de date etiologice sau teorii patogenice, sau de tratamente specifice, bolile psihice nu erau incluse în corpul medicinei.

Tendinţe ştiinţifice şi înalt-umanitare au impulsionat cercetarea clinică a bolilor mintale, pionierii psihiatriei căutînd să acrediteze ideea că acestea sînt asemănătoare celor somatice, bolnavii psihici fiind îndreptaţi să beneficieze de înţelegerea şi atitudinea terapeutică a celorlalţi bolnavi. Sînt ipostaziate astfel premisele modelului medical al bolii psihice care deschide cîmpul relaţiilor psihiatriei cu patologia organică.

Primul efort de a răspunde dezideratelor modelului medical este întreprins pe linie clinică, descifrarea, descrierea şi delimitarea bolilor, ca şi schiţarea evoluţiei lor fiind demersul primordial, esenţial şi absolut necesar, edificării psihiatriei. Astfel, în a doua jumătate a secolului trecut şi primele decenii ale secolului nostru, clasicii psihiatriei clinice au depus admirabile eforturi de descriere a bolilor şi formelor clinice realizînd contururi şi delimitări pe harta compactă a monomaniei. După cum în neurologie clinicienii se întreceau în a descoperi noi semne şi simptome, în psihiatrie competiţia viza delimitarea şi descrierea de boli şi forme clinice. Elanul nosografic a fost dublat de un efort înverşunat în a demonstra specificul fiecărei entităţi clinice. cu cauze, condiţii de apariţie, manifestări (simptomatologice), evoluţie, prognostic, conform modelului patologiei somatice.

Criteriile unui model medical, dar mai ales utilitatea şi viabilitatea sa constau în gradul de corespondenţă între elementele sale şi aspectele clinice reale. Nu numai corespondenţa cu realitatea clinică ci şi confirmarea practică şi experimentarea asigură modelului său, sensul semantic adecvat.

Modelul medical al bolii psihice, o extrapolare a criteriilor din patologia somatică. Urmînd criteriile patologiei organice, fondatorii nosografiei psihiatrice au căutat să demonstreze specificul fiecărei entităţi clinice descrise insistînd mai ales asupra vîrstei de apariţie, modalităţilor de debut, particularităţilor fenomenologiei clinice, modalităţilor evolutive şi prezumţiilor prognostice. Arhitecţii psihiatriei clasice n-au beneficiat însă de elementele construcţiei nosografice din patologia organică, criteriile lor — lipsite de un corespondent real — dovedindu-se a fi doar supoziţii şi ipotetice prezumţii, comprehensibile cognitiv dar neverificabile aplicativ. În acest context, principala critică a modelului medical constă în faptul că aceasta „presupune existenţa unei tulburări a psihicului, asemănătoare cu tulburările somaticului“... în condiţiile ...„în care nu a fost demonstrată nici-o modificare structurală sau chimică“.

Modelul medical şi supoziţia etiologică. Cheia veridicităţii oricărei sistematizări ca şi elementul esenţial ce fundamentează un model este argumentul etiologic; criteriu de clasificare şi punct forte în orice modelare, cauzalitatea în medicină oferă posibilitatea aprecierilor evolutive şi orientărilor terapeutice adecvate. Fără argumentul etiologic nosografia ca şi terapia psihiatrică este lipsită de armătura trainică a nosografiei din patologia organică.

Modelul medical şi paradigmele patogenetice. Postulînd existenţa tulburării în interiorul persoanei afectate, modelul medical beneficiază de consecinţa terapeutică ce preconizează neutralizarea sau eliminarea acesteia pentru a favoriza sau realiza vindecarea. În privinţa bolilor psihice însă, elementul etiopatogenic nu poate fi localizat într-o anumită zonă a creierului; mai mult, numeroase tulburări psihice reactive (nevrotice şi nu rareori psihotice) au ca sorginte sistemul relaţional, interacţiunea insului cu ambianţa socială. Desigur, în perioada instituirii modelului medical al bolii psihice aria manifestărilor psihiatrice reactive (şi într-un sens mai larg cu determinare exogenă) era mai restrînsă şi mai puţin cunoscută; orientarea actuală a psihiatriei acordă o importanţă tot mai mare factorilor exogeni care sînt implicaţii în etiopatogenia unor psihoze sau manifestări psihotice pe care psihiatria clasică le considera de natură endogenă, fapt care impune o reconceptualizare a modelului tradiţional al bolii psihice.

Epistemologia clinică şi nosografia psihiatrică. Modelul medical al bolii psihice a impus maniera de investigaţie şi cunoaştere a acesteia, demersul inductiv călăuzind raţionamentul clinic, univoc orientat spre concluzia diagnostică. Aceasta se impune în conştiinţa noastră profesională ca un ţel inerent şi implicit al cunoaşterii clinice, ca un atribut axiomatic. Ideea diagnosticului a marcat gîndirea clinică a psihiatrilor întrucît, încă de la început a acompaniat instrucţia şi formarea lor medicală. Dacă ideea diagnosticului este generală, instrucţia şi formarea este însă neunitară şi inegală diversitatea acesteia fiind în funcţie de variabile personale şi conjucturale. Sîntem adepţii unor teorii etiopatogenetice nu numai în funcţie de conţinutul lor ci şi de modul în care au fost învăţate (de măiestria cu care ne-au fost prezentate) de condiţiile avute spre a le găsi o aplicabilitate, precum şi de particularităţile noastre de personalitate.

Aceste variabile au implicaţii nu numai asupra formulării diagnostice ci şi asupra accepţiunii acordate noţiunilor semiologice conferindu-le un conţinut semantic nuanţat de la un specialist la altul. Variabilitatea semnificaţiei simptomelor şi însăşi investirea ca simptom a unei fenomenologii psihice, este mai puternic implicat în situaţiile psihopatologice de mai mică amplitudine clinică, în perioadele de debut sau în fazele de remisiune a unor afecţiuni psihice. Sesizarea şi distincţia elementelor psihopatologice ale acestor condiţii are o importanţă bine cunoscută ştiut fiind că semnificaţia patologică a unei manifestări psihice, nu este în relaţie cu intensitatea sa clinică. Această observaţie primeşte un accent mai ferm în condiţiile psihiatriei actuale în care — datorită măsurilor terapeutice moderne, amplitudinea şi dramatismul manifestărilor acute slăbeşte, în favoarea duratei evoluţiei lor.

Subiectivitatea trăirii stării (de boală), dificultatea estimării şi caracterul scolastic al încadrării (nosografice). Suferinţa, ca şi trăirea, este esenţialmente subiectivă dar formularea ce frizează pleonasmul doreşte tocmai să sublinieze nuanţarea infinită a subiectivităţii simptomului, faţă de ambiţia şi rigoarea estimării lui. De fapt, semiologia psihiatrică este o fenomenologie fragmentată după criterii empirice şi utilităţi didactice. Această fragmentare a unităţii şi continuităţii trăirii în elemente semiotice de comportament, este expresia — deseori inconştientă — a unor tendinţe behavioriste şi nu întîmplător behaviorismul apoteozează manifestarea, simptomul, ignorînd rădăcina lui, trăirea, ca şi contextul în care el se manifestă, respectiv boala şi sindromul.

Expresie a trăirii, a unei stări esenţiale subiective, simptomele, ca aspecte fenomenale, nu pot fi apreciate şi estimate prin determinări obiective. La dificultatea obiectivării manifestărilor psihopatologice se adaugă subiectivitatea judecăţii care este supusă sistemelor de valori ale culturii grupului.

In acelaşi timp însă, orice nosografie şi cu atît mai mult o taxonomie — exprimînd nevoia de ordine, delimitare şi rigoare — nu poate opera decît cu elemente obiectiv-evaluate şi cît mai precis exprimate. Precizia indicatorilor fizici şi chimici care a contribuit la statuarea modelului medical nu poate fi întîlnită în trăirea psihică sau în faptul comportamental. În plus, dacă valoarea acidităţii sucului gastric, a glicemiei sau colesterolemiei poate fi estimată cu precizie şi obiectivitate, cifra în sine nu reprezintă boala respectivă şi nu permite încadrarea nosografică. De fapt boala — instanţă superioară a raţionamentului clinic — presupune nu numai un semn sau un indicator, ci un context semiotic particular. Elementele acestuia, au nu numai o prezenţă concomitentă (putînd fi inventariate printr-o analiză transversală) ci şi o istorie, o evoluţie caracteristică ce presupune o apreciere longitudinală.

Dacă în patologia organică, simptomele — determinate de cauze mai mult sau mai puţin cunoscute — au o manifestare evidentă, obiectivă, în patologia psihică simptomele (expresia unor cauze în general neelucidate) greu pot fi distinse şi inventariate ca elemente individuale, ele constituind urzeala actelor comportamentale. Într-o măsură mai mare decît în bolile organice, în psihiatrie simptomele nu pot constitui un indiciu de boală ele acţionînd ca nişte cauze, în devierea comportamentală. In analiza de psihopatologie clinică, nu vedem autismul, anxietatea, obsesia sau delirul (aşa cum vedem simptomele bolii organice) ci persoana care se comportă autist, anxios, obsesiv ori delirant. Dizolvat în conduită, simptomul nu poate fi în mod realist inventariat, supus unei sistematizări sau încadrat, deşi folosim acest procedeu, al modelului medical în virtutea scopurilor didactice, instructiv-formative. Neputînd folosi în edificarea nosografică simptomele (elementele de bază ale modelului medical), psihiatria este nevoită să facă apel la comportament şi conduită pe care le foloseşte drept criteriu în operaţiile taxonomice şi încadrările nosografice. Prin aceasta, taxonomia ca şi nosografia psihiatrică, devine vulnerabilă în confruntarea nu numai cu achiziţiile şi criteriile psihologiei cu observaţiile şi constatările sociologiei ci şi cu principiile moralei.

Modelul medical al bolii psihice sub unghiul psihologiei. Faptul că nu există o definiţie unanim acceptată a stării de sănătate şi nici o delimitare între boală şi normalitate, sporeşte dificultăţile edificării entităţilor psihice şi încadrării lor nosografice.

Prin complementaritate la binomul sănătate şi normalitate, problematica bolii şi anormalităţii se impune nu numai sub aspect semantic şi teoretic ci şi concret-metodologic întrucît „o concepţie greşită despre boală angajează nu numai acţiunea personală a medicului, dar, în egală măsură şi organizarea acţiunilor de profilaxie şi vindecare a bolilor“.

In urma analizei studiilor de specialitate şi a investigaţiei opiniilor clinicienilor, se constată că nu este realizată o distincţie şi delimitare între boală, deviere de la normal şi anormalitate, noţiunile respective folosindu-se ca sinonime sau în acelaş context ; se afirmă astfel că „prin anormalitate, deviere comportamentală ori maladie, înţelegem o schimbare survenită în modul obişnuit de a trăi al unui individ, atît din punct de vedere biologic, cît şi intelectiv sau emoţional".

În accepţie actuală, anormalitatea tinde să părăsească domeniul medicinei somatice, unde conceptul de anormal este înlocuit prin cel de lezional şi respectiv disfuncţional ; restrîngîndu-şi aria din domeniul somatopatologiei, conceptul de anormalitate îşi organizează conţinutul în domeniul psihopatologiei.

Anormalitatea vizează în special conduita şi comportamentul iar în accepţie jaspersiană, dezvoltarea psihică patologică de natură să transforme persoana de-a lungul istoriei sale în mod comprehensibil. Spre deosebire de anormalitate, boala are în vedere o anumită procesualitate care creiază un hiatus şi o denivelare (evidente deşi incomprehensibile) în continuitatea istoriei insului.

Considerăm că anormalitatea tinde a se institui ca o noţiune de fundal în timp ce boala, ca fapt individual, implică întotdeauna un aspect procesual. Astfel, în psihopatologie anormalitatea se referă în primul rînd la structura şi organizarea psihică în timp ce boala are în vedere procesul morbid. Anormalitatea se structurează şi se evidenţiază de cele mai multe ori în tulburări ale comportamentului şi conduitei care — prin esenţa şi fenomenologia lor — au implicaţii sociale, în timp ce boala se edifică printr-o procesualitate care o înscrie în domeniul patologiei medicale.

Dificultăţile delimitării şi definirii stării de sănătate, apar şi în negativul situaţiei şi anume în analiza stării de boală. Cu toate că sub unghiul observaţiei curente şi al analizei empirice boala pare mai evidentă, mai concretă şi mai puţin comună decît sănătatea, actualmente se consideră că „sensul bolii este mai puţin evident decît se pare". Într-adevăr, criteriile tradiţionale ale bolii care se înscriu în modelul medical al acesteia aveau în vedere mai ales boala acută care : — se bazează pe o distincţie relativ limpede faţă de normalitate ; — evidenţiază o anumită procesualitate, cu modalităţi de debut, curbe de evoluţie şi remisiune relativ predictibile ; — prezintă un tablou clinic alcătuit din elemente evidente, în general concrete şi cu valoare universală — simptomele — care, printr-o înmănunchere specifică alcătuiesc sindroamele, trepte şi instanţe ale raţionamentului clinic spre boală.

Universul patologiei generale actuale este însă schimbat (în mare măsură prin intervenţia noilor mijloace terapeutice) morbiditatea fiind dominată nu de boli acute ca în trecut, ci de bolile cronice. În foarte numeroase cazuri, prin intervenţie terapeutică şi asistenţă adecvată, viaţa este salvată dar boala nu este total şi ireversibil înlăturată. Patologia cronicităţii se caracterizează printr-o fenomenologie clinică discretă dar de lungă durată, vag evidenţiată, în general estompată. Aceasta nu mai corespunde modelului clasic, ceea ce impune atît o restructurare cît şi o reconceptualizare a problematicii bolii.

Pe de altă parte, progresele medicinei actuale au evidenţiat forme latente, evoluţii inaparente, infraclinice ale unor stări patologice care nu pot fi explicate decît printr-o reconsiderare a modelului tradiţional de boală.

Bolile care pînă acum păreau bine edificate clinic, ferm statuate şi clar sistematizate sînt actualmente restructurate datorită progreselor înregistrate în domeniul etiologiei.

Aceste probleme ale patologiei generale, cunosc o mai mare acuitate în domeniul psihopatologiei clinice unde etiologia este mai puţin clarificată iar nosografia mai vag conturată. Aşa după cum în mod realist se subliniază „debutul unei tulburări mintale este foarte insidios şi foarte puţin perceptibil şi trece, prin ani, sub forma variatelor grade de normalitate, iar cînd acesta a fost recunoscut ca anormalitate este supus la diagnoze foarte controversate".

Dacă pentru cele mai multe boli psihice nu cunoaştem decît debutul clinic, aparent, cel real fiind cu mult anterior, dacă anumite boli sau forme clinice de boală au o simptomatologie discretă, de mică amplitudine, delimitarea acesteia de normalitate fiind dificilă, în timp ce oameni normali psihic pot avea anumite reacţii care apreciate ca atare şi contextual pot fi încadrate în patologie, înţelegem dificultatea dar şi necesitatea delimitării bolii psihice.

Modelul bolii şi consensul socio-cultural. La aserţiunea lapidară a lui N. Willard (1963) conform căreia societatea este aceea care decide dacă un om este nebun sau sănătos, trebuiesc aduse numeroase precizări. Se consideră că nu numai boala şi anormalitatea ci şi starea de sănătate şi normalitatea nu pot fi corect studiate şi realist apreciate decît în contextul relaţiilor socio-culturale ; astfel, normalitatea şi sănătatea nu pot fi înţelese în mod abstract întrucît „ele depind de norme culturale, de expectaţiile şi valorile societăţii, de interferenţe profesionale, diferenţe individuale şi climatul social al vremii care stabileşte gradul de toleranţă faţă de devianţă". Ele depind de asemenea de unghiul sub care se abordează problema : respectiv al analizei insului cu manifestări psihopatologice sau al grupului căruia îi aparţine.

Abordarea idiografică, a insului în sine, aparţine perioadei dezvoltării ştiinţifice a medicinei şi eforturilor psihiatriei de a se înscrie în ariile acesteia ; ea corespunde vechiului dicton hipocratic după care trebuie avut în vedere bolnavul şi nu boala, pe care cel în cauză o dezvoltă într-o manieră personală ; acest punct de vedere a fost acreditat în psihopatologie de metoda clinică ce preconizează studiul individual al cazurilor. Abordarea ideologică, bazată pe o epistemologie individuală o regăsim actualmente în umbra unui empirism individualizat întrucît, criteriile sănătăţii şi bolii mintale sînt în funcţie nu numai de „vîrstă, sex şi dispoziţiile înnăscute ale individului", ci şi „de condiţiile sociale şi ale mediului cultural în care individul a fost crescut şi trăieşte în prezent".

În virtutea acestor considerente, frecvent reluate în studiile de specialitate, se extinde actualmente orientarea nomotetică ce are în vedere influenţa socială asupra evoluţiei insului. Considerăm că abordarea nomotetică oferă o imagine mai clară unităţii dialectice dintre normal şi patologic în viaţa psihică întrucît „noţiunile de normalitate, de anormalitate şi de boală sînt puternic influenţate de cultură"... iar „conceptul de sănătate mintală nu poate fi înţeles decît prin sistemul de valori al unei colectivităţi". Menţionăm însă că obiceiurile, obişnuinţele, credinţele şi cunoştinţele unui grup social nu influenţează doar noţiunile de normalitate (conferindu-le un conţinut diferit), ci şi atitudinile membrilor grupului faţă de aceste stări. În virtutea acestui fapt studiile de psihopatologie transculturală au evidenţiat că „multe manifestări particulare, care pot fi considerate ca patologice într-o ţară, sînt acceptate în altă ţară sau intră în cadrul obiceiurilor".

Gradul de toleranţă şi acceptare socială a bolnavului psihic este în funcţie de cei doi poli ai relaţiei şi anume insul şi societatea căreia îi aparţine. În ceea ce priveşte persoana bolnavă, acceptarea şi toleranţa sa vor fi puternic influenţate, chiar determinate, de natura, amploarea şi comprehensibilitatea tulburărilor sale. Am constatat că manifestările psihopatologice de natură somatică (infecţioasă, toxică sau traumatică) sînt mai uşor şi mai larg tolerate de grupul social, decît cele de sorginte endogenă. Astfel, manifestările halucinatorii sau delirante pe fond etilic sau luetic sînt mai bine tolerate şi nu produc anxietate ca cele determinate de o psihoză propriu-zisă. De asemenea, tulburările psihice reactive şi nevrotice sînt mai bine tolerate (în virtutea gradului lor de comprehensibilitate), decît tulburările psihotice.

Analizînd problema toleranţei sau respingerii bolnavului psihic sub unghiul grupului social şi al societăţii în general, se constată că atît boala mintală ca fenomen cît şi bolnavul mintal ca persoană, prezintă un statut şi un rol diferit. Astfel, „în sistemele mai puţin moderne, ordinea normativă este mai puţin aptă pentru înţelegere, evaluare raţională şi acceptare".

Evoluţia şi perfecţionarea sistemelor sociale implică o dezvoltare a cunoştinţelor medicale şi a acţiunilor medico-sociale de natură să sporească nu numai toleranţa şi acceptarea ci şi înţelegerea şi apărarea bolnavului psihic. Psihologia socială şi sociologia medicală studiază problematica relaţionării şi integrării sociale a bolnavului psihic, militînd pentru creerea unui mediu — nu numai tolerant ci şi securizant, ca o condiţie esenţială a ameliorării şi remisiunii tulburării. Aşa cum arată V. Stoetzel, psihologia socială porneşte de la premisa că „lumea bolnavului psihic" este înainte de toate „o lume de anxietate" iar măsurile sociale trebuie să ajute pe bolnavi să-şi reconstituie un univers social în care teama, culpabilitatea şi frustraţia să fie eliminate.

Boala psihică apreciată ca un mit util iar diagnosticul ca o metaforă necesară. La criticile modelului medical al bolii psihice şi al edificării nosografice pot fi adăugate încă două argumente care vin din interiorul psihiatriei urmînd un plan metodologic-conceptual şi altul practic-relaţional.

Fisura conceptual-metodologică a nosografiei psihiatrice a apărut în prima jumătate a veacului nostru, iniţiată de K. Kleist şi continuată în epoca postbelică prin K. Leonhard care prin fragmentarea excesivă a celei mai importante boli psihice, au ilustrat de fapt inconsistenţa ei ca entitate, aducînd astfel, argumente implicite, deşi încă insuficient folosite, tendinţelor antinosologiste.

Al doilea plan al destrămării nosografiei psihiatrice a apărut din practica terapeutică modernă, clinicienii evitînd să eticheteze bolnavii cu numele bolii pe care o aveau în vedere, din considerente psihologice şi sociale. În plus, reţineri etico-morale şi necesitatea unei relaţionări interpersonale îi împiedică pe clinicieni să completeze rubrica „diagnostic" din reţete, foi de observaţie şi certificate cu denumirea bolii pacienţilor. Astfel, edificiul nosografiei psihiatrice este cariat de activitatea practică a clinicienilor care, se simt tot mai mult nevoiţi să opereze cu noţiuni de reacţie, stare, proces sau dezvoltare ca gen proxim şi de obsesie, depresie, discordanţă sau dizarmonie ca diferenţă specifică. Aceste argumente antinosologiste şi, fără îndoială, influenţe antipsihiatrice, au determinat pe unii clinicieni să considere că „noţiunea de boală mintală este desuetă şi oricare ar fi fost utilitatea sa în trecut, ea nu ocupă în prezent decît funcţia unui mit util".

Dar nu numai motive de ordin moral şi social ci şi orientări metodologice conduc pe alţii la concluzii similare ; astfel, conform acestor abordări, boala trebuie să fie „expresia, manifestarea sau consecinţa unei leziuni" ; iar cînd este vorba de o boală psihică, leziunea trebuie să fie în creier ; în afară de această constatare, a spune boală despre orice fenomen psihic, este un mod nesănătos de a te pierde în metafore".

Desigur, incertitudinile din domeniul etiologiei, supoziţiile extrem de variate şi neverificate ale patogeniei ca şi dinamica imprevizibilă a fenomenologiei clinice pot constitui tot atîtea impedimente ale unei taxonomii sindromologice şi nosografii psihiatrice şi conduc la constatarea că „astăzi este inutil de a stabili scheme pentru a clasifica simptomele bolii mintale în categorii distincte... boala constituind un calificativ care este mai mult o metaforă şi nu o explicaţie".

Cu toate aceste argumente care sînt desigur pertinente, noţiunea de boală şi entităţile nosografice clasice, au impregnat în aşa măsură sistemul nostru operaţional încît este greu să gîndim tulburarea bolnavului altfel decît prin prisma bolii pe care o dezvoltă. Nu numai instrucţia şi formarea specialiştilor dar nici cercetarea şi comunicarea în psihopatologia clinică nu sînt posibile decît prin intermediul noţiunilor clasice ale simptomelor şi bolilor ; dacă acestea sînt puncte de sprijin de ordin operaţional — metodologic ale nosografiei psihiatrice, necesitatea evaluării gradului de incapacitate ori a actelor medico-judiciare, se înscrie în ordinea argumentelor sale practice.

L'analyse des rapports de la psychiatrie este efectuée tant du point de vue du modèle médical, que de celui du modèle psycho-social de la maladie psychique. Dans la conception de l'auteur, ces deux modèles constituent aussi le fondement des deux étapes de développement de la psychiatrie qui, bien qu'inégales comme durée, comme tendances et comme valeur, sont antithétiques et complémentaires.

La première étape, axée sur les critères du modèle médical, inscrit comme réalisations majeures la nosographie et la psychopharmacologie, tandis que la deuxième étape, basée sur les critères du modèle psycho-social, aborde la maladie psychique non seulement comme expression clinique, mais aussi comme fait de

conscience, come moment vécu par l'individu dans l'existence.

Par ses tendances et ses interventions, la première étape maintient les rapports et l'unité de la psychiatrie avec la médecine biologique, tandis que la deuxième étape ouvre les horizons de la psychiatrie vers la médecine sociale et psychologique.

Alors que le modèle médical bien structuré sous l'aspect formel est non réaliste sous l'aspect du contenu à cause des incertitudes d'ordre étiologique, des suppositions non-vérifiées de la pathogénie et de l'évolution imprévisible de la phénoménologie, le modèle psycho-social, authentique quant au contenu, n'est pas bien configuré dans le plan formal.

En analysant ses inconsistances, l'auteur ne nie pas l'utilité du modèle médical, apportant en même temps des arguments pour faire accréditer le modèle psycho-social.

DILEME ŞI PERSPECTIVE ALE PSIHIATRIEI CONTEMPORANE

H. Gottlieb, C. Romanescu
— *Iaşi*

Stigmatizată de un trecut al cărui profil bizar este aproape unic în istoria ştiinţelor şi abia desprinsă din zonele unui echivoc derivînd din condiţia sa de disciplină care oscila între filozofie metafizică şi un biologism excesiv, psihiatria şi-a găsit identitatea abia în secolul al XIX-lea, continuînd procesul şi în cel următor, atunci cînd a înscris în această identitate marele cuceriri ale gnoseologiei propriului său conţinut.

Justificîndu-şi existenţa şi poziţia în concertul disciplinelor bio-psihice, psihiatria rămînea, totuşi, statică sau, cum s-a spus, cu o nuanţă de reproş motivat, o disciplină medicală constatativă. În această circumstanţă, şi la acest nivel de dezvoltare, psihiatrul, care se numea (şi prefera chiar denumirea) de alienist, se afla pe un teren epistemologic dacă nu confortabil, cu certitudine bine delimitat. Deşi la periferia medicinii, mai exact la periferia medicinii clinice, psihiatria şi psihiatrul (alienistul) şi-au consolidat o poziţie care, în cadrul şi la nivelul medicinii, validau dreptul de existenţă al disciplinei în contextul ştiinţelor medicale contemporane ei.

Autentificarea acestei identităţi s-a confirmat destul de repede în timp şi cu o strălucire nebănuită, în deceniile cinci—şase şi cele următoare ale secolului nostru, cînd apariţia neurolepticelor a însemnat nu numai o victorie terapeutică, ci, într-o măsură de o importanţă egală, deschiderea către perspective care pot fi caracterizate prin superlative adjectivale, îndreptăţite şi pe deplin justificate de domeniul seducător al psihofarmacologiei care, pe lîngă virtuţi curative, propune şi ipoteze psihologice şi fiziologice tulburătoare.

Propulsată — termen pe care îl utilizăm cu premeditare — la nivelul actual, psihiatria contemporană a fost surprinsă, oarecum, nepregătită, nematurizată pe teren epistemologic.

Eseul nostru încearcă, în liniile care urmează, să definească tocmai punctele de minoră rezistenţă, dilematice, care, după opinia noastră, constituie problemele, sau, într-o altă exprimare, bolile psihiatriei contemporane.

De la început ţinem să menţionăm că nu considerăm aceste minoris resistentiae, fiecare în sine şi nici în suma lor totală ca simptomele unei crize. Nu credem că psihiatria de astăzi străbate o criză. Lamentările, care se aud ca un leit-motiv şi care vizează unul sau altul din aspectele psihiatriei contemporane, vin, în general, din sfera nespecialiştilor şi rămîn, de regulă exterioare psihiatriei. Ele se înscriu în sfera unei vechi tradiţii, specifice psihiatriei nici o disciplină medicală nestimulînd atîtea apetite interpretative critice cum a făcut-o, întotdeauna, psihiatria. Exterioare şi grave, de la antipsihiatrie pînă la acuzaţia de coerciune şi repesivitate, pînă la a nega însăşi dreptul la existenţă al psihiatriei, aceasta nu le poate respinge numai pe motivul exteriorităţilor. Dacă le respinge, trebuie să respingă orice lamentări care sugerează o criză, dacă ele vizează însăşi structura sa, însăşi eficienţa sa, le respinge pe motivul, greu de negat că, în prezent, prin capacitatea de explorare şi prin eficienţa sa terapeutică psihiatria se află în plină expansiune, într-o perioadă de evoluţie rapidă şi pluridimensională.

Dimpotrivă, contrastul dintre poziţiile clasice, statice în care s-a complăcut psihiatria pînă acum patru sau cinci decenii şi perspectivele de expansiune în formă şi conţinut, însăşi acest contrast întreţine, şi uneori generează, acest minoris resistentiae, dilematicile imaginii asupra cărora ne oprim.

Cea dintîi ni se pare a fi dilema de obiect. În măsura în care determinarea etiologică operează mutaţii în conţinutul obiectului, o transformare a acestui obiect rezultă de la sine. Epilepsia, care, în mod clasic, se situa în centrul obiectului psihiatriei, s-a deplasat în mod evident către sfera de interes a neurologiei. Acelaşi lucru s-a petrecut şi cu psihozele de etiologie luetică. Perspective mai mult sau mai puţin imediate oferă aceeaşi perspectivă unor psihoze care ocupă astăzi nucleul obiectului psihiatriei, ca schizofreniile şi psihoza maniaco-depresivă, care într-un viitor apropiat, s-ar părea că vor aparţine geneticii cum s-a petrecut deja cu o serie întreagă de afecţiuni care, dacă prin aspectul lor psihic aparţin psihiatriei infantile, prin etiologie şi terapie au fost preluate deja de genetică.

Se impune, deci, o precizare. În ce constă, în ce va consta esenţa definitorie a obiectului psihiatriei ? Răspunsul, unul singur valabil, acela că acestui obiect îi aparţin tulburările psihice ale omului, este valabil, dar nu suficient, pentru că, operînd oriunde este o tulburare psihică, obiectul psihiatriei capătă o extindere atît de mare încît devine prin însăşi această extindere, inconsistent.

Ori, în psihiatrie, se conturează o situație sui-generis, ea fiind determinată nu de o constantă etiologică (așa cum este cazul bolilor infecțioase, pentru a ne limita la exemplul cel mai elocvent) nici la un aspect metodologic (cazul chirurgiei) nici la unul sindromologic (patologia internă) nici la un aspect de sistem (cazul neurologiei), ci la unul pur simptomatic, pe fundalul căruia psihiatria construiește o sistematică sindromologică specifică.

Obiectul psihiatriei tinde a se dilua, ceea ce, dacă va acceda la o prezență generală a psihiatrului, utilizată în toate sectoarele clinice, în ce privește sfera obiectului, aceasta devine implicit mai puțin definită.

O delimitare, prin restrîngerea obiectului și obiectivului psihiatriei contemporane, pare a se impune, soluția fiind, probabil, pentru aspectele strict simptomatice, transferarea unor sarcini pe seama psihologului (în care vedem, concomitent, o formație biologică), psihiatrului și psihiatriei revenindu-i un teritoriu mai bine delimitat, condiționat de sindroame specifice, constituite ca boli psihice bine definite.

Psihologizarea excesivă a psihiatriei, fenomen căruia nu i se poate reproșa decît un fapt, important totuși, acela de a se fi desprins de substratul material, etiologic, și de a fi condus la structuri ideatice, uneori la dogme, insuficient validate de realitate, derivate din aceeași extindere excesivă a preocupărilor psihiatrului contemporan.

O nouă dilemă a psihiatriei contemporane derivă din aceasta de mai sus. Ea se referă, după opinia noastră, la formarea și la formația psihiatrului. Întrebarea, privind formarea psihiatrului ca și a personalului terapeutic și de asistență psihiatrică se extinde pînă la limita care impune răspuns la chestiunea dacă aceștia, psihiatrul și asistenții săi, trebuie să rămînă medici, în consensul uzual al noțiunii, sau psiho-sociologi. (Răspunsul frizează, iarăși limita : medicină, psihologie sau filozofie ?)

Soluția va fi dată, categoric, de timp, deși, pînă la decantările pe care timpul le va determina, există riscul unor soluții forțate, care, în unele părți, par deja a se fi schițat. Există școli psihiatrice al căror caracter medical rămîne evident, după cum există școli psihiatrice, mai ales de orientare psihanalitică, al căror caracter predominant este psihopedagogic și chiar pur filozofic.

Trebuie admisă imaginea psihiatrului medic, cu atributele materiale ale profesiei, sau aceea a analistului comentator și interpret, cu atributele exclusiv orale, ale acestui tip de terapeut ?

După părerea noastră, o atitudine moderată și în special eclectică, se impune chiar cu oarecare urgență. Mutatis mutandis, așa cum ftiziologul, utilizînd pas cu pas radiologia, nu s-a transformat, totuși, în radiolog, psihiatrul, dispunînd de ecranul psihologic, nu se poate identifica cu psihologia.

În actuala formație a psihiatrilor și colectivelor lor, prezența psihologului și a atributelor psihologiei este necesară, dar la nivel de colaborare. Schizma, care este atît de evidentă între psihiatrii aparținînd uneia sau alteia dintre orientările psihiatriei contemporane este atît de tranșantă, încît însăși comunicarea între aceste prototipuri de specialiști este, deseori, dificilă, dacă nu chiar imposibilă. Este greu de întrezărit profitul pe care și-l poate disputa psihiatria, care utilizînd instrumentul adecvat scopului ei, acela de recuperare a bolnavului, trebuie să rămînă conform destinului căreia îi este consacrată, o ramură a medicinii.

O dilemă, încă nerezolvabilă, dar a cărei rezoluție se întrezărește, derivă deci din această biopolaritate : pregătirea cadrelor.

Un diletantism, explicabil, dar care lasă să planeze o umbră asupra psihiatriei contemporane a cunoscut un anume gen de recrutare a cadrelor care, fără a constitui un sistem, s-a structurat, spontan ca atare,

Pretutindeni, în lume, după cîte știm, funcționează aceeași structură : devine psihiatru cine dorește și poate, sau cine poate, deși nu dorește. Amîndouă ipostazele sînt inadmisibile deși, recunoaștem, o regulă în politica de recrutare a psihiatrilor este greu de trasat. Cîteva principii trebuie totuși cel puțin enunțate, ca bază pentru un punct de vedere. Însănătoșirea psihiatriei, acordarea atributului său de disciplină medicală, impune unele rigori. Acceptînd în specialitate, un contingent de practicieni pe baza propriei vocații, este necesar a limita accesul pentru preîntîmpinarea oricărui exces. Un anume exces vocațional este suspect, el sugerînd o anume atracție morbidă. Psihiatria are nevoie de voluntari, dar recrutarea acestor voluntari trebuie practicată cu luciditate. Acest voluntariat selectiv ni se pare a fi necesar într-o epocă în care, sub ochii noștri, coeficientul de pură știință, începe să depășească pe cel de dilentatism.

Corpul de psihiatri, un corp echilibrat de oameni de știință, dotați totodată cu capacități umane de interpenetrare sintonocă devine, evident o necesitate.

Lipsa de psihiatri este mai puțin dăunătoare psihiatriei decît satisfacerea birocratică a necesităților acestei discipline prin acceptarea unor personalități inadecvate acestei specialități.

Dirijarea, după criteriul posibilităților de moment, se înscrie în aceeași instanță dilematică. Noi credem că recrutarea psihiatrilor prin dirijare este o gravă eroare pe care însăși psihiatria contemporană trebuie să o denunțe, practica psihiatriei implicînd un anume talent uman nativ.

Delimitîndu-și teritoriul, organizîndu-se în aceste limite, psihiatria contemporană, trebuie să evite dilema de a oscila între prea multe zone teoretice. Toate mișcările excesive, de la antipsihiatrie la analiza de cabinet „à la longue" ne produc o anume suspiciozitate.

Psihiatria nu este un curent, nici o doctrină filozofică, nici o structură de grup social, ci o știință care își justifică dreptul la existență prin însăși această calitate. Ea nu poate fi represivă nici excesiv de tolerantă, riscînd implicit să-și piardă caracterul de știință.

Ea nu poate admite colaborări diletante nici opinii necalificate. Psihiatria contemporană are posibilitatea de a soluționa și această problemă, tocmai păstrîndu-și cu rigoare structura de știință obiectivă și neutră.

DEZVOLTAREA ASISTENŢEI MEDICALE EXTRASPITALICEŞTI A BOLNAVILOR PSIHICI

I. Lăpuşan, Gh. Meiu, P. Cortez, V. Mironţov-Ţuculescu,
A. Borcea Marilena Luiza Sărmăşanu-Cortez,
— Bucureşti

In epoca actuală, în domeniul sănătăţii mintale, concepţia asistenţei medicale s-a schimbat : de la spitalul clasic de psihiatrie, izolat şi închis, spre comunitatea socială a bolnavului. De aceea, asistenţa medicală de specialitate şi-a schimbat caracterul, devenind variat, activ şi dinamic, menţinînd continuu legătura cu comunitatea (societatea, familia, întreprinderea, şcoala, etc.).

De la sistemul vechi, închis, intraspitalicesc, izolat, stigmatizat de obicei şi generator de traume şi „nevroze" de instituţionalizare, prin noua concepţie şi metodologie a recuperării, se realizează o deschidere şi socializare a deficientului, cu efecte pozitive şi superioare care influenţează prognosticul.

Aplicarea unor măsuri organizatorice eficace în profilaxia şi în asistenţa complexă a bolilor psihice este posibilă numai în cadrul existenţei unui sistem de instituţii speciale ca : dispensare de psihiatrie, staţionare de zi şi / sau de noapte, unităţi de ergoterapie, unităţi de asistenţă psiho-socială, spitale de profil sau secţii de specialitate cu paturi în spitalele teritoriale. Veriga principală care asigură legătura funcţională a întregului sistem organizatoric de instituţii de specialitate, este reprezentată de unitatea de asistenţă extraspitalicească, fie că este dispensarul psiho-neurologic (cu staţionar sau fără staţionar — legat de spital) ca în U.R.S.S. şi în Bulgaria, fie de serviciul de sănătate mintală ca în Anglia şi alte ţări apusene şi nordice, de dispensarul de igienă mintală din Belgia, de centrul de sănătate mintală din S.U.A., Elveţia etc., de laboratorul de sănătate mintală şi cabinetul de psihiatrie din dispensarul-policlinic teritorial din ţara noastră.

Importanţa dispensarului de psihiatrie rezultă şi din faptul că majoritatea bolnavilor psihici sînt asistaţi medical în afara spitalului. Dat fiind caracterul evoluţiei îndelungate a bolilor psihice, bolnavii externaţi din spital sînt preluaţi pentru îngrijirea medicală de către unităţile, ambulatorii de specialitate.

Pe de altă parte, scăderea duratei de spitalizare nu se poate obţine decît în condiţiile asigurării unei asistenţe medicale extraspitaliceşti accesibile şi eficiente a bolnavilor ieşiţi din spital.

Unităţile ambulatorii de specialitate constituie un filtru eficient de selecţie a bolnavilor psihici care necesită spitalizarea, prin preluarea pe cont propriu a cazurilor mai uşoare şi a celor ameliorate după spitalizare, scutind astfel spitalele de profil sau secţiile de specialitate cu paturi de supraaglomerare, prin neinternarea bolnavilor care, prin forma şi gravitatea bolii nu au indicaţia de spitalizare. De aceea orientarea actuală şi de perspectivă, urmăreşte dezvoltarea continuă a asistenţei de specialitate extraspitaliceşti, în condiţiile dezvoltării importante a terapeuticii moderne a bolilor psihice.

Uşurinţa aplicării terapiei în condiţiile asistenţei ambulatorii, are marele avantaj că bolnavul psihic este menţinut în propriul său mediu familial, social sau profesional, că nu este rupt de mediul său şi traumatizat prin internarea şi convieţuirea în mediul spitalicesc, necesitînd apoi eforturi pentru reintegrarea lui în mediul socio-profesional.

Scăderea numărului de spitalizări, iar consecutiv degajarea spitalelor de surplusul de bolnavi şi de necesitatea creşterii numărului de paturi, prin buna îngrijire extraspitalicească, aduce o însemnată contribuţie de ordin economic în asistenţa medicală de specialitate, la care se adaugă economiile realizate prin recuperarea şi reintegrarea socio-profesională a bolnavilor psihici.

Metoda organizatorică de bază, utilizată de unitatea de asistenţă de specialitate extraspitalicească este cea a dispensarizării (supravegherii active) pe plan complex medico-psiho-social.

Asistenţa de specialitate extraspitalicească bazată pe dispensarizare asigură aplicarea tuturor formelor de psiho-profilaxie a condiţiilor de viaţă şi de muncă, de depistare precoce şi tratament susţinut, precum şi supravegherea evoluţiei bolnavilor psihici, pînă la readaptarea şi reintegrarea socio-profesională.

Dispensarizarea este metoda principală a unităţilor ambulatorii de specialitate, care asigură triajul bolnavilor pentru internarea în spital şi scurtarea duratei spitalizării. Prin această metodă se creează legătura spitalului cu activitatea profilactică, realizîndu-se scoaterea lui din activitatea exclusiv curativistă.

Dispensarizarea asigură pe lîngă acordarea asistenţei medicale a bolnavilor psihici, prin consultaţiile organizate periodic şi asistenţa de specialitate necesară la domiciliu a bolnavilor nedeplasabili, refractari la tratament, etc.

Pentru realizarea pe plan complex a asistenţei medicale a bolnavilor psihici, bazată pe dispensarizare, este necesară ataşarea, legarea strînsă a unităţilor de specialitate de psihiatrie extraspitaliceşti, de spitalele sau secţiile de psihiatrie din spitale şi, în acelaşi timp, menţinerea legăturii cu ceilalţi specialişti şi cu medicii de medicină generală din reţeaua de bază a dispensarelor medicale teritoriale, pentru supravegherea activă şi în continuitate a bolnavilor psihici. Numai prin conexiunea funcţională a activităţii unităţilor extraspitaliceşti cu cea a spitalului şi a dispensarului medical teritorial se asigură continuitatea asistenţei medicale şi aplicarea susţinută a tratamentului necesar în familie, în mediul profesional şi în spital, după necesităţi.

In aceste condiţii unitatea ambulatorie de specialitate, are optime posibilităţi de asistenţă medicală a bolnavilor în propriul lor mediu, de rezolvare cît mai precoce şi mai eficientă a problemelor sociale (pentru cei spitalizaţi înainte şi după externare) care influenţează starea bolnavului.

Această unitate, prin sistemul de asistenţă medico-psiho-socială, asigură, de asemenea, educaţia sanitară şi psihoigienică a populaţiei şi contribuie într-o măsură importantă, în contextul întregului sistem organizatoric al asistenţei medicale de specialitate, la reîncadrarea bolnavilor în familie, societate şi în muncă.

În condiţiile dezvoltării psihiatriei moderne şi a terapeuticii actuale a bolilor psihice, s-au creat premizele unei îmbunătăţiri deosebite a stării bolnavilor psihici, deschizîndu-se o perspectivă din ce în ce mai largă a recuperării acestora, a reinserţiei lor socio-profesionale.

Recuperarea socio-profesională presupune o reorganizare a întregii asistenţe a bolnavului psihic în ceea ce priveşte relaţiile sale cu familia şi societatea, respectiv cu propriul său mediu de viaţă şi muncă. Prin aceasta, se urmăreşte menţinerea relaţiilor acestuia cu mediul socio-familial şi înlăturarea fenomenelor datorite izolării bolnavilor.

În acelaşi timp, este necesar ca societatea să manifeste o atitudine de înţelegere şi protecţie faţă de bolnavul psihic, creind condiţiile necesare realizării recuperării acestuia.

Actualitatea şi perspectiva recuperării bolnavilor psihici este reflectată în diferite manifestări ştiinţifice şi publicaţii în literatura de specialitate. În această direcţie, menţionăm lucrările celui de al IV-lea Simpozion internaţional pentru reabilitarea bolnavilor psihici de la Leningrad, din octombrie 1974 şi a III-a Conferinţă naţională de psihiatrie din ţara noastră, din noiembrie 1974.

În cadrul acestor manifestări, ca şi în publicaţii, este scoasă în evidenţă importanţa recuperării bolnavilor psihici, actualitatea ei în condiţiile dezvoltării psihiatriei în epoca contemporană, prezentîndu-se concepţii şi principii ale recuperării, ca şi propuneri metodologice de recuperare a bolnavilor psihici.

Printre metodele organizatorice adecvate scopului recuperării socio-profesionale a bolnavilor psihici, corespunzătoare şi specificului bolilor psihice de boli cu evoluţie îndelungată, este ergoterapia. Organizarea terapiei prin muncă, în vederea recuperării socio-profesionale, este indicată ca obligatorie pentru unităţile psihiatrice, sub forma atelierelor de ergoterapie sau sub forma staţionarului de zi.

În mod special, la Seminarul O.M.S. de la Geneva din 1965, precum şi în diferite lucrări de specialitate, între măsurile de ocrotire a sănătăţii, se accentuează asupra necesităţii organizării activităţii productive a bolnavilor psihici, după capacitatea lor, în toate unităţile de asistenţă psihiatrică, precum şi asupra legiferării în toate ţările a remunerării acesteia. La noi, această remunerare a activităţii productive a fost reglementată prin H.C.M. nr. 1210/1970 şi Instrucţiunile publicate în Bul. Ministerului Sănătăţii nr. 2/1971.

OPŢIUNI DE PERSPECTIVĂ ASUPRA ETAPEI DE ASISTENŢĂ ÎN SPITAL A BOLNAVULUI PSIHIC

T. Pirozynski, N. Păruş, V. Hrimiuc
— Iaşi

Asistenţa bolnavului psihic a realizat incontestabile progrese, ca o consecinţă a gradului de specializare, tehnicizare şi competenţă a psihiatriei, capabilă să coopereze interdisciplinar la cercetarea stării de sănătate mintală şi la acţiunile de protecţie medicală a acesteia. Precizîndu-şi conţinutul de disciplină medicală integrativă, antropologică şi socială, psihiatria în dezvoltarea sa a realizat un treptat avans prin gradul de autonomizare în raport de obiectul său de studiu, autonomizare exprimată în unitatea conceptului ei teoretic şi a funcţiilor sale metodologice. Aspectele dezvoltării, rolului şi statutului psihiatriei sînt amplu discutate, deseori în contextul de definire a unor inadvertenţe sau crize, ceea ce explică de altfel justificata nevoie de acordare a unor sensuri restrictive cu problematica generală a medicinei, ca şi a societăţii în spaţiul ei istoric.

Unul dintre instrumentele de acţiune faţă de bolnavul mintal şi deseori, probabil din compasiune, a fost cel special destinat supravegherii şi îngrijirii sale, ca instituţie ce s-a identificat multă vreme cu psihiatria însăşi. Mai întîi azilul şi apoi marele spital de psihiatrie a exprimat optica şi nevoia societăţii timpului prin spaţiul, izolarea şi autoritarismul organizării sale. Semnificaţia şi rangul de importanţă a marelui spital de psihiatrie a animat acceptarea sa din necesitate, dar şi gradul de dezaprobare a opiniei, care şi în prezent încă îşi exprimă rezerva faţă de eventuala amplasare a unei instituţii de asistenţă psihiatrică în zonele active de viaţă ale populaţiei. La această atitudine de forţată acceptare sau rezervă, a mai contribuit şi convergerea deseori indusă de spitalul închis de psihiatrie, despre prejudiciul moral şi cel al statutului social al bolnavului, sau a celor care au fost internaţi. Dincolo de aspectele critice, care exprimînd o realitate, în vehemenţa lor protestară, omit analiza istorică a asistenţei medicale în general, ca şi a caracteristicilor socio-culturale diferite în care s-a desfăşurat aceasta. Astfel, teoria sau conceptul unei asistenţe medicale a devansat întotdeauna cadrul instituţional moştenit întrucît sporirea exigenţelor din nevoile de sănătate şi progresul ştiinţific au confluat în sistemul de aspiraţii şi drepturi irezolvabile prin vechile instrumente de acţiune. Din acest punct de vedere se justifică şi critica marelui spital de psihiatrie evoluat dintr-un concept azilar, şi care devine inoperant pentru înţelesul asistenţei medicale ca program social şi activitate comunitară. Actualele mutaţii de valori, în cadrul general de emancipare şi receptivitate la informaţia despre progres şi bunăstare, ca şi procesul de citadinizare al populaţiei, susţin conţinutul acestor critici. Şi totuşi, marele spital de psihiatrie nu poate fi supus unei analize de utilitate şi valoare numai prin dimensiunea sa sau capacitatea mare de spitalizare.

Concepţia sa de organizare, ca şi structura de funcţionare, pot fi semnificativ diferite în raport de epoca cînd au luat fiinţă, cît şi în raport de disponibilitatea modernizării sau readaptării la necesităţi, idei şi curente de opţiuni înnoitoare. În unele cazuri, în climatul de laicizare al unor valori tradiţionale, au fost precursori care au previzionat ca răspuns la stringenta necesitate de sănătate a populaţiei, instituţii de asistenţă care au corespuns ideilor avansate despre psihiatrie ca disciplină medicală autonomă, intervenţionistă, eficientă şi umanitară. Astfel, nevoia înfruntării unor mari spitale de psihiatrie apropia asistenţa bolnavilor mintali de linia realizărilor în asistenţa medicală generală a epocii. În aceste condiţii şi cu aprecierea obiectivă a contribuţiei valorilor precursoare înfruntării marelui spital de psihiatrie, existenţa acestuia se înscrie în efortul ascendent de progres şi optimizare a destinului bolnavilor mintali. Totodată, existenţa sa a grupat aproape în mod integral pe cei care îşi desfăşurau activitate de cercetare şi de asistenţă psihiatrică, oferind în acest fel prilejul organizării unor societăţi ştiinţifice şi vehiculării informaţiilor şi a schimbului de opinii prin publicaţii periodice.

În aceste condiţii, recunoaştem în marele spital de psihiatrie, cu toată expresia caducă a vestigiilor sale azilare, sursa dezvoltării tuturor laturilor ulterioare de perfecţionare şi competenţă a psihiatriei şi pentru care structura sa de funcţionare devenea insuficientă şi ineficientă.

Caracterul de unitate izolată şi închisă acorda spitalului nu numai viziunea unei ample cazuistici clinice, dar introducea prin aceasta şi problematica relaţională în procesualitatea bolii, a persoanei şi a ambianţei. Asediul spitalului de psihiatrie prin realităţile epidemiologice, ecologice şi antropologice induse de mutaţiile economico-sociale s-a făcut pentru deschiderea acestuia şi prezenţa medicală autorizată a psihiatriei dincolo de limitele spitalului, în zona de acţiune a factorilor care intervin continuu asupra stării de sănătate mintală a persoanei şi populaţiei, în sistemul de acţiune reciprocă dintre acestea şi ecologia specifică. Acest transfer a semnalat multiple consecinţe teoretice şi practice în asistenţa psihiatrică şi implicit relaţia cu întregul sistem de protecţie medico-socială a stării de sănătate publică. Astfel s-a dezvoltat iniţiativa, din nevoia asigurării unei asistenţe specializate, de înfiinţare a spitalului de psihiatrie cu număr restrîns de paturi sau chiar a secţiilor de psihiatrie integrate în spitalul general. Ruptura dintre conceptul şi metodele spitalului azilar s-a evidenţiat ca rezultat, printre altele, a cercetărilor statistico-epidemiologice asupra bolilor psihice şi, prin aceasta, a subliniat practic autonomia psihiatriei de a acorda o asistenţă eficientă nu într-un izolat, ci chiar în zonele de maximă accesibilitate, alături de alte servicii medicale şi cu aceleaşi drepturi şi servituţi. În mod firesc, serviciul de consultaţii ambulatorii şi legătura acestuia cu secţiile spitalului general şi a celui de psihiatrie a dezvoltat problematica asistenţei psihiatrice în direcţii de perfecţionare semnalate de dinamica factorilor care intervin în starea de sănătate a populaţiei. S-a formulat în mod progresiv convingerea despre valoarea numai parţială a asistenţei în spitalul de psihiatrie, ca secvenţă într-un program complex de intervenţii, cu specializări diferite şi colaborări interdisciplinare. Marele spital de psihiatrie se găseşte, în cadrul acestui proces de dezvoltare a asistenţei psihiatrice, într-o competiţie cu serviciile teritoriale, riscă să-şi piardă cazuistica şi tradiţionalul autoritarism rezultat din izolarea şi unicatul ce-l constituia. La aceasta însă în mod corectiv şi ca perspectivă, am alătura cîteva observaţii. Deschiderea marelui spital de psihiatrie s-a realizat prin stingerea progresivă a caracterului său azilar, în condiţiile progresului terapeutic, a stocului de informaţii deduse din perfectarea cunoştinţelor clinice şi explorări conexe privind patologia mentală s-a făcut în acelaşi timp prin transferul de cunoştinţe bazale la toate laturile de abordaj ale psihiatriei şi fuziunea lor cu noile direcţii de intervenţie.

Marele spital de psihiatrie, în configuraţia dezvoltării comunitare a asistenţei psihiatrice, nemaifiind un izolat condiţionat doar de capacitatea sa de spitalizare, se poate menţine şi dezvolta ca instrument necesar şi util asistenţei psihiatrice prin promovarea unui înalt grad de specializare ştiinţifică, medicală şi metodologică. El dispune de continuitatea unor tradiţii de studiu şi observaţii, care se valorifică prin gradul de receptivitate şi soluţionare a aspectelor noi, deduse din nevoile de protecţie a sănătăţii populaţiei la realităţile ei concrete şi dinamice de viaţă. Difuziunea cazuisticii sale poate fi valoros supleată prin dezvoltarea şi specializarea direcţiilor de cercetare şi asistenţă după diversitatea exigenţelor cuprinse de problematica actuală a bolnavului mintal, sau a celui care riscă să devină bolnav mintal, a destinului său în reciproca relaţie cu ambianţa.

Dispunînd de un echipament de cercetare incomparabil superior celui de rutină, spitalul se diversifică în noua şi specifica sa unitate funcţională în servicii cum ar fi de plină spitalizare, o amplă activitate în consultaţie, spitalizări cu program parţial, servicii de urgenţă, servicii de diagnostic, servicii de readaptare, servicii de pre- şi post cură, servicii cu problematică diferenţiată de psihopatologie, servici de îndrumare şi consult pentru organismele care cooperează la asistenţa psihiatrică, servicii de informare în teoria şi practica psihiatriei şi a direcţiilor sale specializate de intervenţii ca şi servicii de documentare, cercetare şi valorificare ştiinţifică. Structura şi diversitatea acestor servicii este dependentă de ansamblul programului de asistenţă psihiatrică, de funcţionarea articulată a tuturor nivelelor sale comunitare faţă de care înaltul grad de specializare şi capacitatea de extensiune a competenţelor medicale conferă marelui spital de psihiatrie perspectiva funcţionării sale în concordanţă cu transformările de concept şi metodă ale psihiatriei. Astfel, transferul unor tradiţii potenţează direcţiile noi de competenţă ale psihiatriei ca disciplină medicală integratoare, antropologică şi socială, pentru etapa de asistenţă clinică a bolnavului, etapă articulată în ansamblul măsurilor de asistenţă psihiatrică a populaţiei.

GÎNDIREA PREKRAEPELINIANĂ A FOLOSULUI AMBULANŢELOR PSIHIATRICE DE ASTĂZI

A. Kolcsar
— Salonta

„Edificiul" kraepelinian nu era posibil de construit, dacă terenul istoric psihiatric şi „materialul de folosinţă" nu rezistau la proba timpului. „Bazaltul" kraepelinian s-a ales din marea ofertă descriptivă, zisă „prekraepeliniană", şi din viziunea socio-psihiatrică din acele vremuri, creind astfel prima sinteză de talie europeană : sistemul clinico-nosografic, purtînd deja amprenta viitorului psihiatriei în trinomul : adaptare-integrare-recuperare.

Depăşirea de către Kraepelin a dogmei organonetice a psihiatriei clasice nu înseamnă, ca mergînd „pe urmele psihiatriei de acum un secol" — timp, ce conferă deja o notă de transculturalitate în timp, — nu vom constata valori, în special de natură socio-psihiatrică şi astăzi utilizabile.

Fără încercarea de adopta „drepturi antikraepeliniene" — gata făcut şi servit, nouă medicilor practicieni —, justificăm modesta noastră contribuţie în chip de„ curioasa", cu idea că discutînd o schiţă psihiatrică practică de acum un secol, cu mesajul său sociopsihiatric, ar putea prezenta interes în evoluţia diacronică a adaptării-integrării-recuperării.

Redăm mai jos entităţile nosografice „prekraepeliniene" după MARAVCSIK, din anul 1888, una din schemele multiple care au existat premergător sintezei clinico-nosografice : 1. Melancolia 2. Furia/mania/ 3. Nebunia/vesnia acuta 4. Stuporul 5. Anoia/prostia dobîndită 6. Delirul/vesania 7. Psihoza epileptică 8. Psihoza hysterică 9. Paralizia progresivă 10. Demenţă senilă 11. Psihoza alcoolică + delirul tremens 12. Prostia înnăscută, cu subclasele :

12.1. imbecilitate
12.2. idioţie
12.3. cretinism 13. Sindroame anexe :
13.1. insania morala
13.2. mania transitorie
13.3. delirul acut
13.4. psihoza circulară şi periodică
13.5. dipsomania

Se pare că în acest „haos" prekraepelinian practicianul singuratic nu găseşte nimic pentru zilele de astăzi, dar totuşi trebuie menţionat faptul că psihiatrul de atunci se axa exact aşa ca şi cel de astăzi pe simptomul „ţintă", ori se ştie ce valoare deosebită are simptomul „ţintă" mai les la bolnavi „premedicaţi", iar ambulanţele de astăzi sînt pline de ei. Nu abandonăm sistemul clinico-nologic, ci numai subieniem parcă istoria se repetă, e drept însă la un alt nivel.

Este demn de menţionat că psihiatria de acum un secol avea problematică majoră tot de acel gen ca şi psihiatria de astăzi, problema socială a bolnavului mintal : statutul de paria. În această privinţă sînt şi astăzi valabile dificultăţile de adaptare-integrare-recuperare a bolnavilor de altădată, cu toate că şansele de „redevenire" azi nu pot fi comparate cu nici-o altă epocă istorică.

Este interesantă gruparea cauzelor îmbolnăvirilor, cum se suprapune cu situaţia de astăzi, în privinţa vîrstei de predilecţie : 35—50 de ani la bărbaţi, şi 30—35 de ani la femei, deci vîrsta de maximă prezenţă socială şi reproductivă, cînd lupta pentru existenţă şi afirmare este frecvent urmată de suprasolicitare.

Remarcăm eternitatea patogenică a unor factori toxici : cafea, alcool, tutun, ceai etc.

Mobilitatea socială exagerată, dezechilibrările existenţiale mai ales la persoane cu sistem nervos vulnerabil, au un rol patoplastic de seamă şi astăzi.

Frecvent se poate constata şi în zilele noastre viziunea laică în care simptomele bolii sînt etichetate drept cauza bolii : inapetenţa melancolicului este cauza bolii, şi nu invers.

Filantropia psihiatrului de acum un secol faţă de semenii săi suferinzi se concretizează şi în dorinţa de a penetra în diacronie în fenomenul morbid cu un spirit „fenomenologic pre-jaspersian", unde lipsa de grabă nu se suprapune cu o pierdere inutilă a timpului, mai ales la etichetarea unor diagnostice cu răsunet grav în viaţa socială ulterioară. Astăzi, cînd bolnavul psihic este deseori deja premedicat cu substanţe psihotrope, fără că diagnosticul psihiatric de specialitate să fie pus, graţie răspîndirii acestora, spiritul de observaţie în diacronie a primit sau a reprimit importanţă cuvenită.

Adaptarea-integrarea-recuperarea, reprezintă o unitate tridimensională pe planul bio-psiho-socialităţii a existenţei umane, unitate ce se poate concentra într-un singur gînd : apărarea interesului bolnavului mintal. Se menţine din păcate încă şi astăzi zidul izolator în jurul bolnavului, sau fostului bolnav mintal, cu toate şansele actuale de „redevenire" incomparabile cu şansele „prekraepeliniene".

Opinia publică, anturajul de la locul de muncă, şi din păcate frecvent şi în familie, nu acordă credit fostului „ne-bun“, credit fără care orice încercare în adaptare-integrare-recuperare „rămîne doar o frază goală“.

The author — a practitioner psychiatrist in an ambulance — in a his essay with trancultural and social-psychiatric vision compar some questions between psychiatric problems of prekraepelinian period and the present times. He remark that contrary of the social and psychiatrical progress the „parian“ status of the psychiatrical patient is continuing today, and he is discovering also a lot of actual problems in common with the prekraepelinian psyhiatrics, under the threedimensional aspect — „adaptation-integration-recovering“ of the mental pacient.

SEMNIFICAŢIA STIMULĂRII PALUDICE ÎN PSIHOZA HIPOTIMICĂ DISCORDANTĂ

P. Brânzei, C. Romanescu, E. Ungureanu, Marilena Sachelarie

— *Iaşi*

Problematica malariei şi respectiv a paludoterapiei nu poate fi ruptă de studiul ştiinţific complex al biologiei plasmodiilor şi respectiv a reactivităţii organismului uman faţă de acestea, subiect care a determinat o susţinută colaborare a organismelor naţionale şi internaţionale responsabile de sănătatea publică cu Spitalul „Socola“ începînd din anul 1924 cînd M. Ciucă, L. Ballif şi Al. Slătineanu au realizat unul din primele servicii în acest domeniu, serviciu care a menţinut o activitate de referinţă mondială pînă în anul 1980 cînd şi-a întrerupt activitatea ca urmare a luării în discuţie a riscului ipotetic epidemiologic în condiţiile eradicării paludismului în ţara noastră.

În consensul acestor preocupări tradiţionale, unul dintre noi (P. Brânzei) plecînd de la o îndelungată observaţie privitor la influenţa piretoterapiei în cazul psihozelor endogene, a preconizat, începînd din anul 1970, utilizarea piretoterapiei malarice ca o metodă particulară de stimulare biogenă de scurtă durată (cca. 3 accese febrile) în unele cazuri de schizofrenie juvenilă forma predominant catatonică, concomitent cu aplicarea chimioterapiei neuroleptice uzuale.

După cum se deduce imediat, marele dezavantaj al paludoterapiei selective şi totodată restritive preconizată de noi constă (în lipsa unei tehnici de conservare prelungită a plasmodiilor în vitro) în numărul mare de anumiţi bolnavi pe care să se asigure pasajul fluent al suşei în scop terapeutic, situaţia care nu poate fi rezolvată decît prin realizarea unui centru spre care să conflueze un număr suficient de cazuri competent planificate.

Imposibilitatea realizării unei asemenea confluenţe de cazuri pentru paludoterapia selectivă, a determinat de fapt şi întreruperea paludoterapiei la Socola (prin dispariţia suşei) în octombrie 1979, astfel încît în prezent nu există un alt centru ştiinţific de studiu recunoscut în domeniul paludoterapiei.

În aceste condiţii, în cele ce urmează ne revine obligaţia de a discuta semnificaţia stimulării biogene paludice ca o metodă particulară de tratament în unele forme de psihoză hipotimică discordantă.

Luarea în discuţie a paludoterapiei în condiţiile quasidispariţiei neurosifilisului şi a universalizării chimioterapiei neurotrope (asociată sau nu cu şocul comatogen) în psihoze poate să apară la o primă vedere ca fiind nu numai depăşită dar în acelaşi timp şi riscantă epidemiologic în condiţiile eradicării malariei. Aceste elemente pot să antreneze totuşi un dialog constructiv despre dialectica medicinei şi în cazul căreia nu rareori „adevărul de astăzi“ poate deveni din punct de vedere ştiinţific „minciuna de mîine“.

Astfel, deşi, după cum este bine cunoscut, penicilina este sterilizantă pentru spirocheta pallida şi în consecinţă utilă în cazul neurosifilisului predominant meningo-vascular („sifilisul cerebral“, unde piretoterapia este contraindicată de altfel) în situaţia nerosifilisului predominant parenchimatos (tabo — p.g.p.) penicilina îşi pierde valabilitatea deoarece nu are capacitatea de a trece bariera hemato-encefalică. Astfle, pînă la apariţia unui alt agent chimioterapic specific, oportunitatea aplicării piretoterapiei (şi eventual a paludoterapiei clasice prelungite) rămîne încă în discuţie.

Referindu-ne la piretoterapie, în general, este interesant de reamintit că o serie de cercetători contemporani, din diverse domenii ale biologiei şi medicinii, acordă o atenţie particulară rolului benefic pe care îl poate exercita eventual febra în anumite suferinţe organice de sistem. Trecînd prin variaţie concomitentă de la aceste preocupări la domeniul bolilor mintale endogene, sîntem nevoiţi să recunoaştem că deşi chimioterapia psihozelor a deschis fereastra unor noi speranţe, mai persistă încă necesitatea asocierii, în unele cazuri, a chimioterapiei antipsihotice cu şocul comatogen (electroşoc, comă insulinică etc.). Or, în această situaţie se pune întrebarea în ce măsură este mai puţin agresivă aplicarea şocului comatogen (şi în consecinţă mai etică) comparativ cu stimularea biogenă paludică, ca factor de stress imunitar, prezent în memoria organismului uman încă din cele mai îndepărtate timpuri ale evoluţiei sale.

Referindu-ne la aprecierea conform căreia trecerea terapeutică a suşei de malarie ar constitui un experiment pe om, chiar dacă măsurile de prevenire a transmiterii altor agenţi patogeni ar fi exclusă (atît cît este posibil în condiţiile rigorilor ştiinţifice actuale) considerăm că premisele acestui subiect se includ în discuţiile generale despre grefa de ţesut şi organ.

În sfîrşit, referitor la euforia eradicării paludismului, printr-o tehnologie simplistă care să excludă practic cercetarea în domeniul biologiei plasmodiilor, situaţia actuală demonstrează pericolul pe care malaria îl prezintă în continuare pentru sanogeneza lumii și în consecință se justifică atenția prioritară pe care o acordă OMS acestui subiect.

Metodologie și principii de lucru. Impaludarea s-a efectuat prin administrarea i.m. a 10 ml sînge în condiții de asigurare ambientală față de riscul unei infestări anofelice accidentale. În acest scop s-a utilizat o sușă de terță benignă cu virulență atenuată prin pasaj terapeutic îndelungat în decursul anilor (inclusiv în ceea ce privește capacitatea de pasaj a plasmodiilor prin anofel confirmată atît în condițiile de laborator, de malariologi consacrați ca de pildă P.G. Shute, Garnham, J. Kendrick, E. Ungureanu, Ana Dranga, cît și prin faptul că în decursul anilor nu s-au semnalat cazuri de infestare paludică spontană a personalului din spital sau prin intermediul bolnavilor tratați).

Evoluția parazitemiei a fost cercetată zilnic de un entomolog rutinat (Marilena Sachelarie) sub control de exigentă competență (Prof. E. Ungureanu, funcționar al diviziei de paludism OMS). Trecerea sușei s-a efectuat după o susținută investigare clinică și umorală, inclusiv în ceea ce privește virusul B Australia sau al altor infecții inaparente, prin intermediul laboratoarelor din Socola cît și altor laboratoare de specialitate (din cadrul policlinicii universitare Iași). Evoluția clinică a bolnavilor s-a aflat sub supravegherea permanentă a doi medici primari (conf. dr. C. Romanescu și dr. C. Postelnicu). Tratamentul supresiv radical al malariei a fost aplicat conform normelor internaționale timp de 14 zile, bolnavii aflîndu-se în continuare sub observație epidemiologică teritorială.

Concomitent cu evidența clinică a bolnavilor s-a urmărit și comportamentul homeostaziei humorale (VSH, leucohemograma, glicemie, lipidemie, electroliți) înainte, în timpul și după tratamentul de stimulare biogenă, cercetare efectuată de echipa laboratorului clinic al Spitalului sub coordonarea dr. Olga Moraru (dimpreună cu : Adriana Gafencu, Olga Moisa, Marieta Ocu, Florica Steva, Victoria Teofănescu, Ana Verdeș).

În cazul în care acordul bolnavului nu era valabil datorită stării sale mintale, indicația tratamentului a fost hotărîtă cu acordul familiei sau al medicilor curanți în cadrul unui consult deschis realizat în echipă prin intermediul clinicii.

Din punct de vedere teoretic găsim necesar să subliniem încă odată că spre deosebire de piretoterapia malarică utilizată în tratamentul neurosifilisului parenchimatos ca metodă specifică de inactivare a spirochetelor (respectiv circa 50 ore de febră +39°C — metodă laureată cu Premiul Nobel 1927), utilizată apoi ca atare în tratamentul psihozelor endogene ca procedeu de șoc biogen nespecific, conceptul actual al Școlii de la Socola este calitativ diferit, atît din punct de vedere teoretic (stress biogen de reper imunitar de scurtă durată), cît și aplicativ (numai la anumiți bolnavi, afectați de o anumită formă de schizofrenie juvenilă de tip hebefreno-catatonic), stimularea biogenă fiind aplicată concomitent cu medicația neuroleptică cotidiană sau sub formă de retard (Moditen, Fluanxol, Piportil). În timpul tratamentului și în următoarele trei luni nu s-au semnalat incidente sau accidente în care să poată fi incriminată impaludarea. Mortalitatea 0.

În datele de față ne referim numai la un grup de 83 bolnavi tratați în perioada 1977—1979 cînd metodologia discutată a fost unanim admisă de întreaga echipă a spitalului, iar procedura acceptată fără rezerve de familiile bolnavilor, convinse de inocuitatea tratamentului și rezultatelor superioare ce pot fi obținute uneori.

Analiza retrospectivă și interpretarea clinico-statistică evidențiază următoarele rezultate :

Tabel nr. 1

Diagnostic	Total cazuri	Vîrsta ani	Sex		Durata bolii pînă la tratament	REZULTATE			
			M	F		Remis	Ameliorat	Staționar	Agravat
Psihoze discordante cu predominența sindromului catatonic	43	15—20 = 2 20—25 = 29 25—30 = 12	29	10	30—180 zile 39 110—365 zile 2 peste 365 zile 2	33	10		
Psihoze discordante cu predominența sindromului hebefreno-catatonic	16	15—20 = 4 20—25 = 8 25—30 = 4	14	6	30—180 zile 12 180—365 zile 3 peste 365 zile 1	9	7		
Psihoze discordante forme torpide mixte	5	15—20 = — 20—25 = 1 25—30 = 2 peste 30 = 2	2	3	30—180 zile 1 180—365 zile 3 peste 365 zile 1		1	3	1
Psihoze discordante cu predominanța sindromului halucinator acut	15	15—20 = — 20—25 = 10 25—30 = 2 peste 30 = 3	7	5	30—180 zile 12 180—365 zile 1 peste 365 zile 2	4	4	7	
Psihoze discordante cu predominența sindromului paranoid	4	15—20 = — 20—25 = 2 25—30 = 1 peste 30 = 1	2	2	30—180 zile 1 180—365 zile 2 peste 365 zile 1			4	
TOTAL	83		57	26		46	17	19	1

Beneficiind de concursul OMS în asigurarea substanţelor necesare de laborator, s-a investigat sistematic lotul de bolnavi raportat, înainte, în timpul şi după aplicarea tratamentului, cu referire la comportamentul următoarelor componente homeostazice : colesterolemie, lipidemie, testul Kunkel, proteinograma, glicemia, electroforegrama, ionograma (Ca, K, Na), hematocritul, VSH, leucohemograma şi alţi indicatori umorali interpretaţi în corelaţia lor dinamică.

În paralel s-a investigat comportamentul electroencefalogramei (dr. I. Ştefan) şi al electrocardiogramei (dr. Aristiţa Picioreanu).

Din corelarea observaţiilor anterioare cu cercetarea de faţă, rezultă tendinţa la valori mai scăzute în general a colesterolemiei în cazul tinerilor afectaţi de schizofrenie formă predominant hebefreno-catatonică. Ca un aspect remarcat în cursul stimulării paludice de scurtă durată, constatăm tendinţa de scădere a colesterolemiei sub valorile iniţiale, evidentă încă de la primele accese febrile, scădere care se menţine în platou o durată mai îndelungată de timp.

Rezultatele obţinute (comparativ cu bolnavii trataţi numai cu neuroleptice) credem că ar pleda în favoarea unei acţiuni hipocolesterolemiante specifice ciclului evolutiv intrahepatic al plasmodiilor în anumite condiţii homeostazice caracteristice schizofreniei, întrucît în cazul a doi bolnavi care au prezentat o evoluţie parazitemică inaparentă clinic, s-a produs totuşi concomitent atît o ameliorare clinică cît şi o scădere a colerosterolemiei, evoluţie care dacă nu comportă o coincidenţă dă mult de gîndit.

Fără a contra concluzii ferme, considerăm totuşi că mobilizarea colesterolului ar constitui, în cadrul stimulării paludice, o etapă a unui complex homeostazic cu semnificaţie prognostică benefică, remarcînd un raport aparent între scăderea colesterolului şi ameliorarea clinică, cazurile în care colesterolul nu s-a modificat marcînd situaţiile mai refractare tratamentului aplicat.

Platoul hipocolesterolemiei care se menţine uneori mai multe luni, ar constitui, după părerea noastră expresia unei modificări homeostazice specifice paludoterapiei (modificări care ar explica şi eventualele rezultate favorabile comunicate în unele cazuri de arterită).

Lipidemia manifestă de asemenea o tendinţă de scădere, pledînd astfel în favoarea aceluiaşi mecanism de stimulare energetică al economiei întregului organism.

Proteinograma a exprimat o depresiune nesemnificativă faţă de valorile normale, situaţie care confirmă datele clasice privind stările febrile incipiente.

Stressul paludic (febră şi frison) nu se însoţeşte de regulă de modificări semnificative ale glicemiei. (De altfel, înregistrările e.e.g. extrem de sensibile la hipoglicemie, nu au relevat grafoelemente care să ateste o perturbare dinamică cerebrală semnificativă în acest sens homeostazic).

Electroforegrama dispersată în prima etapă a apariţiei febrei, se ajustează apoi la valori normale în zilele următoare, iar dinamica ionogramei demonstrează că echilibrul de fond celular pare să fie mai puţin interesat, Ca şi K rămînînd în limita valorilor normale.

În timp ce rezerva alcalină s-a menţinut în limite constante, hematocritul demonstrează o dispersiune nesemnificativă în timpul stressului paludic.

V.S.H. şi eosinofilia absolută evidenţiază şi în acest sector o reacţie de tip hiperergic, care persistă şi în perioada de relativă sau accentuată ameliorare clinică.

Studiul e.e.g. efectuat în aceleaşi circumstanţe a pus în evidenţă o uşoară accelerare a ritmului de bază în perioadele post febrile, procese care, deşi în limite normale, comparativ cu tendinţa de aplatizare care s-a evidenţiat la majoritatea cazurilor în stadiul iniţial, pune în evidenţă o antrenare neuronală generată de terapia stimulatoare biogenă paludică.

E.K.G., pulsul şi tensiunea arterială nu a relevat modificări semnificative deşi malarioterapia clasică (cu numeroase accese febrile) exercită o certă depresiune cardio-vasculară şi hematică (Corelli, Peters ş.a.).

Interpretarea de sinteză a datelor prezentate pune în evidenţă o participare homeostazică complexă generată de stimularea biogenă paludică de scurtă durată. Modificarea colesterolului, dispersarea moderată a ionului Na şi modificările electroforegramei (care semnalează participarea de shunt a metabolismului hepatic), alături de antrenarea de către stressul terapeutic al triplei funcţii de reglare neuro-endocrino-humorală cu uşoară eosinofilie consecutivă, confirmă alături de rezultatele clinice efectele de stimulare a posibilităţilor energetice restante ale întregului organism.

Deşi nu avem încă suma cunoştinţelor necesare descifrării interrelaţiilor homeostazice în intimitatea lor, nu putem totuşi să nu remarcăm semnificaţia restructurărilor energetice provocate sub influenţa asociată a stimulării paludice şi a chimioterapiei neuroleptice în cazul stadiului incipient al psihozei hipotimice discordante.

Cu alte cuvinte, se poate aprecia că asocierea stressului paludic de scurtă durată cu medicaţia neuroleptică uzuală, deschide noi prespective atît în reconsiderarea semnificaţiei diferite a duratei şi intensităţii de aplicare a unui agent biologic cu semnificaţii imunitare ancestrale faţă de starea iniţială a organismului uman, cît şi în tentativele de aprofundare a înţelegerii mecanismelor de ajustare homeostazică compensatorie în cazul psihozei hipotimice discordante.

Under the conditions of special malariatherapy service, that was founded at the Socola Hospital in 1924, starting from the influence of the fever therapy on the endogenous psychoses, P. Brânzei used the fever therapy of short stading (about three fits of fever) in some cases of juvenile schizophrenia, in its predominantly catatonic form ; at the same time the also administered his patients the usual neuroleptical therapy.

Taking into consideration the epidemiological criteria as well us the rules of medical ethics, a group of 83 people, suffering from discordant psychosis, were subject to this laind of therapy.

The analysis of the results, by comparison with a witness group, proves that the biogenie paludal stimulation has highly satisfactory results, in the case of discordant psychoses with predominance of the cata-

tonic syndrom (49 patients with 33 cases of recovery and ten long standing ameliorations), as well as in the case of discordant psychoses with the predominance of the hebephrenic catatonic syndrom (16 patients, of 9 recoveries and 7 long-standing ameliorations have been recorded).

In close collaboration with the clinical laboratory of the Socola Hospital (Dr. Olga Moraru) and under the aegis of WHO, the authors made a servis of systematic investigations of the patients before, during and after the treatment, being particularly interested in some homeostasical data : cholesterol, Kunkel test, lipides, proteins, electrophoresis, ions Ca+, Na+, K+, VSH, haematocrit and other humoral indicators.

The modification of the cholesterol, the moderate dispersion of the Na+ ion and the lectropharetical modifications (indicating the shunt participation of the liver metabilism) and the stimulation, by therapeutic shock, of the regulative neuro-endocrine-humoral function, proves, as the clinical results, the stimulating effects of the energetic possibilities stored in the body.

The authors consider that the association of the short standing paludal stress with the usual neuroleptics might be very useful in the treatment of juvenile schizophrenias.

UN MODEL ORGANIZAȚIONAL-INFORMAȚIONAL AL LABORATORULUI DE SĂNĂTATE MINTALĂ

Margareta Georgescu, V. Szakacs, G. Rădulescu, V. Crainic, L. Șerban
— *Arad*

De la înfățișarea LSM Arad în septembrie 1976 au fost fișați 4 332 bolnavi psihici.

Pentru a avea o privire integralistă asupra caracteristicilor principale ale populației de bolnavi psihici s-a alcătuit un cuantum de date medico-psiho-sociale cu privire la fiecare pacient. Registratorul codifică aceste date pe o grilă cu 30 coduri aplicată chiar pe fișa medicală. Este o încercare de alcătuire a unei bănci de date proprii LSM și care, pe de o parte, pregătește viitoarea acțiune de declarare a principalelor date la M.S., iar pe de altă parte, prin prelucrarea statistică, contribuie la fundamentarea acțiunilor de profilaxie. În continuare vom prezenta elementele cele mai semnificative care rezultă din prelucrarea acestor date : LSM deservește prin personalul său întreaga populație a municipiului și județului Arad în care personalul muncitor numără 163 088 indivizi, din care 105 169 bărbați și 57 919 femei. Personalul muncitor din municipiul Arad cuprinde 101 813 indivizi.

Repartiția după domiciliu — relevă : municipiul Arad 75,68 %, urban județul Arad 2,01 %, rural jud. Arad 19,28 %, fără date 3,10 %. Din faptul că urbanul în jud. Arad cumulează 77,69 % din totalitatea bolnavilor psihici reiese necesitatea ca pentru viitor LSM avînd în vedere și dezvoltarea în continuare a urbanizării intensive, să se orienteze în deosebi asupra zonei municipiului Arad, atît în activitatea terapeutică cît și în cea de investigație.

Concluzia apare și dacă observăm proporția bolnavilor psihici în cadrul populației din municipiu (1,85 %), din urban jud. Arad (0,13 %) și rural jud. Arad (0,30 %). Ponderea medie a bolnavilor psihici pe întregul județ este de 0,83 %.

Repartizînd bolnavii psihici la populația adultă din cartierele municipiului Arad constatăm că media pe oraș de 2,94% este depășită de 4 cartiere : Bujac 3,78%, A. Vlaicu 3,65 %, Grădiște 3,15 %, Sega 3,02 %. Pentru zona A. Vlaicu putem avansa ipoteza explicării acestei ponderi prin numărul mare deținut de personalul muncitor care locuiește aici cît și prin dublul proces de adaptare suportat de cei care constituie prima generație aflată în urban și, totodată, suportarea greutăților impuse de problematica unui cartier care se construiește din mers.

Pe afecțiuni psihice reiese următoarea ierarhie : nevroze 65,54%, psihopatii 11,79%, schizofrenii 9,18%, alte psihoze 3,76%, etilism 3,32%, comițialitate 2,73%, debilitate mintală 2,63%, etilism și psihopatii 1,05%.

și sex, femeile au o pondere de peste două ori mai mare decît bărbații la nevroze : 45,82% față de 19,72%.

Pe grupe de vîrstă avem următoarea situație : 20 ani 3,03 %, 20—24 11,20 %, 25—29 15,46 %, 30—34 12,87 %, 35—39 13,43 %, 40—44 15,56 %, 45—49 15,13 %, peste 50 ani 13,34%. Desprindem că : nevrozele ating maximum la vîrsta 40—49 ani (21,08 %), descrescînd la o mică diferență la grupa 30—39 ani (20,02 %), urmate de grupa 20—29 ani (18,14 %). Dacă la grupa 40—49 ani se poate vorbi despre așa numita „nevroză de uzură", putem presupune că în cazul grupei 20—29 ani are loc o „nevroză a adaptării" potențată și de noile solicitări ale vieții moderne, pentru schizofrenie grupa de vîrstă cu pondere maximă este 20—29 ani (3,43 %) ; psihopatiile ating maximum la grupa de vîrstă 30—39 ani (3,83%) ; în cazul etilismului se remarcă grupa de vîrstă 40—49 ani (1,36%), avînd loc o creștere relativ constantă începînd cu grupa 20—29 ani, care probabil ar trebui aleasă ca obiect principal al acțiunilor de profilaxie ; în cazul comițialității și debilității se constată ponderea grupelor 20—29 ani cu 0,74 %, respectiv 0,86 % și 40—49 ani cu 0,72 %, respectiv 0,63 %.

Graficul repartiției bolnavilor psihici după afecțiune și vechimea în muncă arată că în cazul nevrozelor ponderea maximă o are grupa de vechime 5—9 ani (19,62 %), urmate de grupa 10—14 (18,39 %) și grupa 20—24 (16,21 %). În cazul etilismului și psihopatiei avem următoarea ordine: grupa 5—9 ani (26,53 %), 10—14 (20,41 %) şi 25—29 (16,33 %). Pentru restul de afecţiuni cumulate a reieşit ierarhia: 5—9 ani (21 %) şi sub 5 ani (20,27 %).

Pe ansamblul populaţiei de bolnavi psihici grupată după vechimea în muncă se disting grupele: 5—9 ani (20,46%), 10—14 ani (17,64%), sub 5 ani (15,13%) şi 20—24 ani (15,01 %). Decurge de aici atenţia ce trebuie acordată factorilor care intervin după primii ani de muncă, problematicii adaptării profesionale s-au eventual, posibilităţilor de reducere a influenţei unor factori extraprofesionali tocmai prin folosirea microgrupurilor de muncă.

Pentru a nuanţa graficul precedent s-a alcătuit şi un grafic al repartiţiei bolnavilor psihici după vechimea în muncă şi vîrstă evidenţiindu-se astfel următoarele ponderi în ordine ierarhică:

Vechimea în muncă	Grupa de vîrstă	%
5—9 ani	20—29	13,77
sub 5 ani	20—29	9,91
10—14	30—39	9,34
20—24	40—49	8,81
25—29	40—49	7,76
15—19	30—39	7,51

Aceste date vin să certifice posibilitatea adevărului ipotezei anterioare cu privire la perioada critică a grupei de vîrstă 20—29 ani încadrată în muncă.

Proporţia bolnavilor psihici încadraţi în muncă raportată la mărimea personalului muncitor din jud. Arad este de 2,01 % iar pentru municipiul Arad este de 2,77 %.

Dar iată cum variază această pondere în principalele întreprinderi din municipiul Arad; FCA 10,46%, UTA 9,1 %, Electrometal 8,86 %, CPL 6,71 %, IVA 5,29 %, IJGCL 4,62 %, Tr. Roşu 4,56 %, 7 Noiembrie 4,15 %, ISA 2,92 %.

Cumulînd numărul de bolnavi psihici din FCA, UTA şi Tr. Roşu în cadrul industriei uşoare şi IVA, ISA şi Electrometal în cadrul industriei grele, am comparat pentru sexul masculin şi feminin ponderea bolnavilor psihici, obţinînd datele:

Ind.	Uşoară	(%)	Grea
Sex			
Masculin	4,78		3,94
Feminin	9,68		11,65

Dacă diferenţierea introdusă de sex este evidentă, se pare că în cadrul bolnavilor psihici de acelaşi sex se tinde către o relativă identitate indiferent de specificul industriei. Sau, mai adecvat, putem avansa ipoteza că în declanşarea bolii psihice intervine ca determinant un set de factori diferiţi de cei constitutivi mediului intrauzinal.

La capitolul dispensarizării, deşi nu sîntem cuprinşi în activitatea de declarare a bolnavilor psihici, am căutat să ne apropiem de instrucţiunile MS privind acest aspect al activităţii noastre. Fişierul LSM cuprinde un număr de 4 332 fişe, din care 1168 la policl. 1 şi 3 164 la policl. II. Alcătuind o evidenţă specială a celor 4 332 de bolnavi psihici constatăm următoarea distribuţie a afecţiunilor psihice: nevroze 2 860, schizofrenii 390, psihopatii 500, alte psihoze 160, etilism 136, debilitate şi ogofrenii 112, epilepsii 116, etilism şi psihopatii 58. La toate aceste cazuri s-au acordat în cursul anului 1979 51 de orare reduse şi 84 alte scutiri şi schimbări.

În dispensarizare am acordat prioritate pacienţilor invalidaţi prin boli psihice urmărind scăderea procentului de invalizi prin aceste boli. Numărul total al pensionarilor cu afecţiuni psihice din jud. Arad este de 627, (8,3 % din întreaga populaţie a pensionaţilor). În anul 1979 au fost noi pensionaţi 44 indivizi. Pe sexe avem distribuţia: 337 bărbaţi şi 290 femei. Pe grupe de vîrstă: sub 20 ani: 2, 20—29 ani 57, 30—39 ani 93, 40—49 ani 275 peste 50 ani 200. Pe grupe nosologice: schizofrenie: 279, nevroze: 128, psihopatii: 92, toxicomanii 36, psihoză de involuţie: 32, P.M.D. 32, alte psihoze: 15, paranoia: 13.

Totodată am dispensarizat pacienţii suferind de schizofrenie, P.M.D., alte psihoze, psihopatii grave.

În cazul schizofreniilor şi psihozelor, 1/3 din pacienţi au venit la consult psihiatric o dată pe lună, restul de 2/3 fiind chemaţi prin vizitarea la domiciliu ori la locul de muncă de către cadrele medii de la cabinetul de sociologie.

În scopul ameliorării activităţii de recuperare şi a stabilirii capacităţii de muncă a bolnavilor psihici s-a constituit comisia consultativă psihiatrică, care funcţionează o zi pe săptămînă la spitalul de psihiatrie şi este formată din psihiatri ce activează în spital şi în LSM. Comisia apreciază asupra posibilităţilor acordării de certificate medicale pentru scutire de schimb de noapte, schimbarea locurilor de muncă sau acordarea de orar redus 6 ore pe 30—90 zile. Tot comisia de psihiatrie este singurul for psihiatric care face propuneri de pensionare.

Pentru a releva dinamica activităţii cabinetului de psihiatrie prezentăm comparativ cîteva date ale anilor 1975 şi 1979:

	1975	1979
Consultaţii	27.559	28.494
Concedii acordate	39.790	15.290
Morbiditate	1,7 / zile per bolnav	0,5 zile/bolnav
Nr. pensionaţi	1.300 1965 : 1567	627
Cazuri noi pensionaţi	272	44

Cabinetul de psihologie LSM funcţionează cu un psiholog şi o asistentă psihotehnician. În anul 1979 s-au efectuat un număr de 378 examinări psihologice şi 429 şedinţe psihterapeutice, din care 317 afectiv-individuale, 67 ședințe de relaxare autogenă (tehnica Schultz), 21 ședințe de grup și 24 familiale.

Din anul 1978 s-a procedat prin secțiile de interne a spitalului județean la depistarea și dispensarizarea cazurilor de patologie suicidară.

In colaborare cu laboratoarele psihologie uzinale LSM deținem date ergonomice pe bază de psihoprofesiograme. Atelierul de ergoterapie și-a căpătat un prestigiu în acțiunea de recuperare a bolnavilor psihici. Pe parcursul puținelor luni de existență, sau desfășurat următoarele activități : cartonaj, pliat, capsat cutii, croitorie. Concomitent pentru relaxare s-a inițiat o încercare modestă de art terapie-pictură.

În cadrul cabinetului de sociologie s-a elaborat la începutul anului 1978 formularul „Biografiei sociale a pacientului" (Documentar de teren în terminologia forului metodologic Timișoara), care urmărește surprinderea sincronic diacronică a jocului factorilor socializatori ai insului uman, cu precădere a celor cu influiență relevantă în conturarea bolii psihice. Dacă la început biografiile sociale aveau ca finalitate o completare a viziunii psihiatrului asupra bolnavului, ulterior, depășindu-se timiditatea începututlui, s-a trecut la reconsiderarea acestui act, biografia socială devenind un moment informațional declanșator al acțiunii de recuperare socială. S-a găsit astfel suportul material adecvat al unui transfer permanent de informație și acțiune concentrată între cabinetele de psihiatrie, psihologie și sociologie.

Un prim jalon ni-l furnizează informația din fișierul LSM privitoare la ponderea principalelor afecțiuni psihice. Reiese ca o primă delimitare că acțiunile de socioterapie trebuiesc direcționate către cazurile de nevroze, eventual etilism cronic.

Al doilea criteriu de orientare este constituit de domiciliul bolnavilor : 75,68 % domiciliază în municipiul Arad și 19,28 % în rural.

Intrucît acțiunea de socioterapie se află în faza de experimentare, neexistînd o metodologie deja elaborată, s-au ales două „întreprinderi pilot" care furnizează 34,98 % din totalul bolnavilor psihici fișați : IVA cu 14,65% și UTA cu 20,33%.

Un alt criteriu în orientarea socioterapiei îl constituie organizarea familiei. Faptul că 73,14 % dintre bolnavi sînt căsătoriți ne-a determinat să alegem ca obiect al acțiunii de recuperare pacienții cu familie legal constituită.

Opțiunea pentru înscrierea socioterapiei pe traiectul indicatorilor corelați : nevroză-domiciliu urban-întreprinderi din industria grea și ușoară-familie, este motivată atît de ponderea mare deținută de acești indicatori în conturarea populației de bolnavi psihici cît și de posibilitățile ulterioare de generalizare și aplicare a metodelor socioterapeutice de recuperare.

Din experiența acumulată se desprind cîteva concluzii și îndoieli care cer răspunsuri clare și mai ales stabilirea unor circuite între LSM și alte instituții cu atribuții în rezolvarea problemelor sociale.

1. Bolnavii nevrotici constituie categoria cea mai ușor accesibilă acțiunii de recuperare, putîndu-se depista cauzele sociale și personale care declanșează sau favorizează boala.

2. Domiciliul bolnavilor, prin situarea sa în ansamblul orașului, dar mai ales în condițiile de habitat, poate fi o sursă permanentă de conflicte între membrii familiei, de insatisfacție personală.

3. Locul de muncă prin condițiile ambientale oferite, concordanța sau neconcordanța între actuala capacitate de muncă a bolnavului și solicitările fizice și psihice, microclimatul afectiv. satisfacția sau insatisfacția profesională, necesitatea recalificării profesionale datorită unor accidente sau boli, constituie factori de stress cu atît mai importanți cu cît ei se pot manifesta zi de zi de-a lungul orelor de muncă.

4. Familia, cu probleme specifice legate de stilul de viață, gradul de adaptare la viața profesională și urbană, mărimea și structura ei, venitul mediu pe membru de familie, modul de cheltuire a bugetului, conflictele și modul de soluționare, structura și repartizarea timpului, trebuie să suporte implicațiile existenței unui bolnav psihic. În cele mai multe cazuri avem de a face cu deteriorarea relațiilor intrafamiliale, fapt care perpetuează boala.

5. Există o opinie defavorabilă bolnavilor psihici, situîndu-i marginal în raport cu masa populației.

6. În raport cu problematica expusă aici și care este departe de a fi epuizată, socioterapia presupune schimbarea unuia sau mai multor factori sau scoaterii bolnavului de sub incidența lor.

7. Acțiunea de socioterapie necesită o urmărire îndelungată a cazurilor.

Concluzii și propuneri : Din prezentarea acestor date se poate supune discuției o schemă grafică care urmărește modul în care se inserează LSM-ul în cadrul sistemului social. La această schemă adăugăm cîteva principii teoretice și metodologice care în intenția noastră stau la baza activității LSM.

1. Scopul fundamental al LSM îl constituie recuperarea bolnavului psihic.

2. Recuperarea este înțeleasă într-o viziune integralistă vizînd biologicul, psihicul și socialul.

3. Bolnavul psihic este situat marginal în raport cu societatea, carcterizîndu-se printr-o deteriorare a relațiilor sale cu sine și cu lumea înconjurătoare. LSM prin mijloacele de care dispune se constituie ca un intermediar între individual și societal, realizînd o apro-

piere succesivă, în alcătuirea unei subculturi de grup, de macrosocial.

4. LSM devine şi un cadru de reorientare a stilului de viaţă a individului rezolvînd contradicţiile între cerinţele vieţii moderne şi comportamentul, atitudinile neadecvate ale insului uman.
5. Acţiunea LSM asupra bolnavului psihic este individualizată în funcţie de problematica pusă de fiecare individ în parte.
6. LSM constituie în ultimă instanţă o investigaţie materială dar mai ales umană pe termen mediu şi ca atare, în aprecierea rezultatelor obţinute, trebuie să se bucure de încrederea tuturor factorilor de decizie.

Pentru realizarea funcţiei profilactice propunem :

1. includerea în planurile de educaţie sanitară a populaţiei a unor tematici cum ar fi : — alegerea profesiei, a viitorului de muncă în concordanţă cu aspiraţiile şi capacităţile persoanei ; — corectarea stilului de viaţă la nivel individual, familial, (combaterea toxicomaniei, violenţei...) — educaţia sexuală a tineretului prin mijloace moderne, atractive.
3. centralizarea pe întreaga ţară, cel puţin anual a dafişe ale bolnavilor psihici care să cuprindă principalele date medico-psiho-sociale ale individului ;
3. centralizarea pe întreaga ţtră, cel puţin anuală a datelor privind bolnavii psihici, pentru a sesiza din timp dinamica şi caracteristicile fenomenului îmbolnăvirii psihice.
4. examinarea obligatorie psihologică şi psihiatrică a candidaţilor la admitere în şcolile profesionale.

Pentru realizarea funcţiei terapeutice şi recuperative propunem : 1. îmbinarea armonioasă a diverselor forme terapeutice (chimio-psiho, socio, ergoterapice) 2. promovarea muncii interdisciplinare în echipă. 3. realizarea unei adresabilităţi mai uşoare şi mai rapide a bolnavului la psiholog şi sociolog. 4. realizarea unor legături strînse cu centrofarmul pentru planificarea în cantităţi suficiente a medicamentelor psihotrope, depôt şi antidepresive. 5. alcătuirea unei situaţii exacte şi la zi a locurilor de muncă protejate în întreprinderi şi instituţii. 6. includerea sociologului în cadrul comisiei judeţene pentru probleme sociale.

A systematically informative model presented by Mental Health Laboratory Arad is the result of experiment of the application of some coordinative principles of the activities of M. H. L. (principal of integrity of disciplinary and labour in teamwork principal of continuity of medical — social assistance, principal of corroboration of all institutions which are influencing the life of individuals) to the concrete condition of a community life.

The asserted objective of M.H.L. consists consolidation oh human being an ability to create harmonious relations with the evironment in itinerary work are tested the achievement of specific functions of M.H.L. profilactical function, therapeutical, recovering and scientific functions of M.H.L.

Finally the means of the best waxs of realization of these functions and as xell as conclusions of the theoretically important order of the activities of M.H.L. Arad are shown.

CONCEPTUL PREVENŢIONAL ŞI BOLILE PSIHICE

Gr. Teodorovici, A. Ivan
— *Iaşi*

Lumea contemporană se găseşte faţă în faţă cu fenomene epidemiologice care se desfăşoară în condiţii ecologice diferite de la o zonă geografică la alta, în raport de caracteristicile ecosistemelor imprimate de intervenţiile complexe şi tot mai variate ale omului cu factori de risc generaţi de mediul său natural sau creat de acesta în mod artificial.

Ne aflăm acum către sfîrşitul secolului XX cînd dominanta majoră a patologiei umane este reprezentată de bolile netransmisibile. Confruntarea cu aceste boli este urmarea decalajului dintre evoluţia precipitată a societăţii moderne şi capacitatea, relativ moderată, de adaptare a omului supus unui complex de variabile. intricate unele în altele. Adaptarea omului în condiţii optime la circumstanţele, modul de trai şi ritmul vieţii moderne se realizează cu destulă dificultate într-o lume în care urbanizarea, noile tehnologii, explozia informaţională, se resimte din ce în ce mai mult din dorinţa de progres, a dezvoltării şi îmbunătăţirii calităţii vieţei. Astfel, conflictele, prin dificultăţile de adaptare psihosocială, cu variantele lor faţete, devin factori traumatizanţi cu un remarcabil potenţial morbigen.

Deşi supus cu intensitate acţiunii unui mediu înconjurător în continuă transformare, generator de factori de agresiune de natură biologică, fizică şi chimică, se consideră că omul contemporan poate să-şi apere şi să-şi îmbunătăţească calitatea sănătăţii pe parcursul unei vieţi prelungite. Protecţia sănătăţii omului trebuie să se opereze înainte, în timpul concepţiei şi apoi în toate celelalte etape ale evoluţiei sale, evitîndu-se ca în cadrul reacţiilor complexe cu mediul său natural şi social-economic să apară riscul degradării calităţii vieţii. Trebuie să se tindă către realizarea unui cadru sociologic uman complex, în care riscurile morbigenezei să fie minime.

În viziunea medicinei contemporane şi în perspectiva anilor ce vor urma, fenomenele morbide din sfera patologiei psihiatrice trebuie privite în conceptul tridimensional al Şcolii de la Socola, facilitînd, prin metodele epidemiologiei moderne elaborarea măsurilor prevenţionale, precum şi evaluarea eficienţei acestora.

Lărgirea orizontului acţiunilor preventive în domeniul bolilor psihice trebuie să constituie preocuparea de bază a medicinei viitorului. Ecologia modernă, amplifică sfera ecologiei tradiţionale prin individualizarea, în cadrul relaţiei om-mediu, a problematicii specifice social-umane, abordînd complexul om-societate-natură, într-o viziune dialectică, sistemică, integralistă. În acest context, sanogeneza mediului presupune o acordare a vieţii omului atît cu legităţile naturii cît şi cu cele ale devenirii sociale. Astfel, starea de sănătate se conturează ca expresia sintetică a interrelaţiilor dintre populaţie, cu caracterele sale genetice, demografice, culturale şi componente mediului fizic şi social. Bolile psihice recunosc în mecanismele etiopatogenice cauze ereditare, congenitale sau cîştigate pe parcursul evoluţiei individului, relaţiile epidemiologice relevînd pe lîngă cauze biogene sau psihogene în determinarea tulburărilor şi pe acelea aparţinînd grupului. Prin urmare, se impune a milita împotriva gîndirii specializate, opuse celei integrative. Bolnavul nu trebuie să fie doar un obiect de asistenţă medicală ci subiect, componente al unui grup, cu conştiinţa crescîndă asupra sănătăţii mintale. Astfel stînd lucrurile, în acord cu nevoile actuale şi previzibile ale sănătăţii populaţiei, orice medic trebuie să cunoască bazele epidemiologiei şi ecologiei, să-şi formeze o gîndire epidemiologică şi o concepţie larg profilactică. Configuraţia patologiei psihiatrice contemporane impune reconsiderări şi noi forme în concepţia prestărilor medico-sanitare şi a programului de ocrotire a sănătăţii mintale. Spitalul trebuie considerat doar ca un loc unde se poate studia un anumit stadiu al proceselor de morbigeneză.

Acţiunile profilactice trebuie să fie rodul unei conlucrări în echipă, în care un rol deosebit îl joacă medicul de medicină generală. În acţiunile de sanogeneză mintală trebuie avute în vedere aspectele epidemiologice ale afecţiunilor ce constituie aşa-numita psihiatrie marginală. Pe de altă parte, nu este suficient a sesiza şi a combate procesul morbid declanşat ci de a preveni afectarea stării de sănătate, de a o promova, mobilizînd resursele grupului. De aceea un aspect al epidemiologiei moderne este reflectat şi în necesitatea educaţiei sanitare a individului, familiei şi colectivităţii, element esenţial de participare activă a populaţiei la acţiunile de promovare a sănătăţii primare, expresie fundamentală a caracterului preventional de masă al medicinei prezentului şi viitorului. Este bine cunoscut faptul că debutul, deseori insidios, al multor boli cronice, printre care şi bolile psihice, evoluţia lentă a unor procese morbide, face ca atît individul cît şi medicul să nu se preocupe în suficientă măsură, de îngrijirea unei „sănătăţi bolnave", exprimată, în multe cazuri, prin manifestări clinice minore.

De aceea, eforturile trebuie să se îndrepte, pe de o parte, către realizarea unei opinii de masă în ceea ce priveşte formarea prin educaţie, la nivel de individ, familie şi colectivitate, a unei atitudini active faţă de modul de trai şi factorii de risc şi, pe de altă parte, de a se pune la punct noi metode „screening" de examinare în masă, valide şi sensibile, pentru evaluarea stării de sănătate, măsurarea factorilor de risc şi de a depista cît mai precoce boala, avîndu-se în vedere că masa bolnavilor trataţi în spitale, inclusiv în cele cu profil neropsihiatric, constituie doar o expresie relativ reprezentativă pentru starea de sănătate a unei populaţii, atît de sugestiv ilustrată prin clasicul „fenomen iceberg", în care procesele patologice în stadiul lor incipient, infraclinic, reprezintă deseori majoritatea stărilor morbide, invizibile.

Fără îndoială că în cadrul acţiunilor preventive şi în cazul bolilor psihice este de dorit a se opera prioritar la primul nivel, şi anume acela al *profilaxiei primare*, pentru a preveni integral declanşarea oricărei anormalităţii sau boli, cu menţinerea şi apărarea sănătăţii. Nivelul de *profilaxie secundară* cuprinde măsuri care surprind manifestările incipiente ale anormalului, pentru ca nivelul de *profilaxie terţiară* să includă măsuri de prevenire a incapacităţii de muncă şi a sechelelor în cazul bolii declarate (medicina de recuperare). Responsabilitatea problematicii de profilaxie în bolile psihice revine medicului practician de medicină generală care trebuie să sesizeze, în cadrul solicitărilor de asistenţă medicală, tulburările la limită cu normalitatea: nevroze, psihopatii, oligofrenii de limită superioară, alcoolofiliile sau psihosindroamele vîrstei înaintate, în paralel cu investigaţii ecologice şi epidemiologice în comunitatea social-umană aflată în supraveghere, în vederea cunoaşterii stării de sănătate mintală a acesteia.

În contextul apărării sănătăţii omului contemporan, ca şi într-o perspectivă pe termen lung, se conturează necesitatea creării unui sistem global de protecţie a sănătăţii comunitare prin care să se reducă tot mai mult numărul acelora nevoiţi să apeleze de timpuriu la procedee medicale reparatorii sau recuperatorii.

În această viziune se impune şi orientarea concepţiilor în probleme de sănătate mintală, care trebuiesc incorporate în sistemul general de sănătate şi în ansamblul planurilor de dezvoltare socio-economică ale fiecărei ţări.

The opinions relating to the direction of prophylactic actions in the mental diseases and protection of mental health are prezented. The necessity of creating a global system of community health protection by which to be reduced the number of those obliged to resort too early to the recuperatory medical methods is emphasized.

PSIHOPROFILAXIE ŞI PERSONALITATE

M. Şelaru, Dorina Bucur-Şelaru, V. Hrimiuc
— *Iaşi*

Revoluţia ştiinţifică şi tehnică contemporană aduce în mod necesar o nouă problematică privind procesualitatea fenomenelor de asimilare şi acomodare adaptativă a personalităţii la condiţiile şi solicitările unui mediu psiho-social în continuu dinamism de restructurări social-economice, politico-ideologice, tehnico-ştiinţifice, culturale şi axiologice care modifică în mod profund parametrii existenţei umane, redimensionînd însăşi modalităţile tradiţionale de activitate şi împlinire a aspiraţiilor colective şi individuale.

În aceste condiţii, construcţia socialistă şi-a fixat ca obiectiv fundamental ridicarea nivelului material şi spiritual a întregii naţiuni, asigurarea satisfacerii optimale a cerinţelor de viaţă a întregului popor, realizarea dezvoltării multilaterale a personalităţii, a acelui tip uman capabil să asigure progresul civilizaţiei şi culturii socialiste.

Multitudinea perspectivelor evoluţiei social-economice asigurate de dezvoltarea societăţii socialiste în condiţiile revoluţiei ştiinţifice şi tehnice contemporane asigură personalităţii, în climatul noilor relaţii sociale, un larg cîmp de afirmare şi exprimare plurivalentă a posibilităţilor sale creatoare. În acelaşi timp, conştientă şi creatoare a cuceririlor actuale ştiinţifice şi tehnice, pentru a transforma condiţiile sale de existenţă şi a îmbogăţi lumea creată de om în folosul şi spre binele său, reprezintă condiţia fundamentală a împlinirii sale plenare ca fiinţă creatoare de societate şi de oameni.

Din acest punct de vedere în desfăşurarea proceselor sociale, omul-personalitatea apare ca premiză a propriei sale implicări în condiţiile concrete de existenţă şi activităţi în ansablul vieţii sociale în care el însuşi se regăseşte ca scop unic şi suprem al tuturor eforturilor individuale conjugate cu cele generale pentru realizarea fericirii personale în contextul făuririi întregului popor. Sub acest raport valoarea asigurării concordanţei aptitudinilor şi atitudinilor în organizarea, funcţionarea şi distribuirea lor optimală social şi o semnificaţie particulară pentru dezvoltarea multilaterală a fiecărei individualităţi.

Ritmul deosebit al proceselor de dezvoltare social-economică a ţării noastre a determinat profunde restructurări social-economice, politico-ideologice, cultural-educative, demografice etc., care au determinat, la rîndul lor în mod corelativ modificări fundamentale în statusurile şi rolurile indivizilor şi personalităţilor, care şi-au însuşit configuraţii şi conţinuturi motivaţionale superioare şi dinamice, cu modelări comportamentale ideo-afective în permanenţă echilibrate cu condiţiile obiective şi subiective ale construcţiei socialiste.

Calificarea şi profesionalizarea solicitate de afirmarea cuceririlor avansate ale ştiinţei şi tehnicii în toate sectoarele de activitate transformă în acelaşi timp omul dintr-un simplu executant, într-o personalitate capabilă să aplice creator noul, stăpînind ştiinţa şi tehnica în condiţile realizării unui nivel superior de instrucţie şi cultură. În acest mod, revoluţia ştiinţifică şi tehnică accelerează şi stimulează dezvoltarea multilaterală a societăţii şi se crează condiţiile obiective şi subiective ce obligă, în acelaşi timp la dezvoltarea şi afirmarea multilaterală a personalităţii.

Toate cele de mai sus solicită într-un mod particular procesele ideo-afective, ca elemente determinante ale fenomenelor umane de adaptare socio-profesională, instructiv-educativă, de integrare şi afirmare valorică în practica socială de transformare a naturii şi societăţii.

Pe de altă parte, revoluţia demografică ce are loc ca urmare a modificărilor determinate de procesul de industrializare a dus la modificări profunde în însăşi modul de viaţă a milioanelor de oameni, în structura personalităţii lor. Elementul determinant care stă la baza acestor transformări îl constituie condiţiile obiective ale noii existenţe sociale. În acest proces se crează noul tip de personalitate solicitat de dezvoltarea socialistă. Dar odată cu succesele remarcabile în crearea noii existenţe sociale, nu este exclusă posibilitatea structurării unor fenomene disfuncţionale individuale tranzitorii în procesualitatea polivalentă a asimilărilor şi acomodărilor adaptative.

Dezvoltarea multilaterală a personalităţii, condiţie de îmbogăţire a calităţii vieţii şi de manifestare polifuncţională sub raportul activităţii, îmbogăţeşte nu numai viaţa fiecărei individualităţi ci şi a societăţii în ansamblul său, garantînd astfel, pe baza noului tip de umanism, realizarea integrală fizică şi spirituală a fiinţei umane.

Angajată plenar în acest vast proces de creare a noii societăţi şi a unui nou tip de personalitate, procesualitatea împlinirii umane implică în mod necesar şi riscul unor fenomene de dezadaptare şi de aceea, în condiţiile revoluţiei ştiinţifice şi tehnice se pune în mod deosebit problema apărării şi promovării sănătăţii omului ca personalitate şi ca totalitate de manifestări umane cu aplicare consecutivă a unor măsuri de psihoprofilaxie în proporţii de masă şi cu participare colectivă în rezolvarea lor.

Realizarea prin activitate a tuturor valorilor materiale şi spirituale şi a însăşi dezvoltării umane în ansamblul existenţei sociale, solicită organizarea activităţii din punctul de vedere al condiţiilor obiective noi şi a climatului psiho-social profund umanist în consens cu obiectivele fundamentale ale dezvoltării sociale şi a culturii şi civilizaţiei socialiste.

În acest sens, organizarea activităţilor se adresează nu numai condiţiilor biologice şi psihologice ale personalităţii, ci ansamblului relaţiilor sociale necesare realizării acţiunilor şi activităţilor productive, iar organizarea muncii face apel la cunoştinţele tehnico-ştiinţifice, de adaptare a omului la maşină şi a ansamblului tehnicii şi proceselor tehnologice la om, la solicitările biologice şi îndeosebi ideo-afective etc. Pentru aceasta este necesară activitatea în echipă interdisciplinară atît în ce priveşte organizarea muncii, cît şi în aplicarea măsurilor de psiho-profilaxie şi psiho-igienă, în care este angajată responsabilitatea tuturor instituţiilor şi organismelor comunitare interesate în orientarea şi selecţia profesională, corelarea profesiogramelor cu metodologia cercetării corespunzătoare a aptitudinilor şi crearea unor condiţii de mediu obiectiv şi subiectiv care să evite poluarea biologică, fizică, chimică sau psihosocială, care pot favoriza apariţia unor demodulări adaptative.

De aceea, apare ca necesară abordarea personalităţii ca totalitate de manifestări umane biologice, psihologice şi sociale sub aspectul său de unicat ca manifestare individuală în ceea ce ea are ca particular încorporat din ansamblul relaţiilor sociale şi a trăsăturilor general-umane.

Considerînd personalitatea ca sistem ierarhic structurat, subliniem că trăsăturile genotipice de natură predominant biologică (temperamentul, structurile reactivităţii emoţionale, ca şi reactivitatea neuro-endocrino-humorală) sînt supuse antrenamentului şi perfecţionărilor în cadrul realităţii sociale, însă agresionarea acestor structuri printr-o intervenţie plurifactorială negativă pot determina manifestări patologice la nivelul personalităţii, cu consecinţe asupra capacităţii sistemului psihic de a reflecta corespunzător realitatea prin intermediul proceselor ideo-afective, favorizînd sau nu dezvoltarea armonioasă a însăşi sistemului psihic şi în corelaţie cu acesta realizarea calitativ diferită a unor cunoştinţe şi deprinderi care se însuşesc şi se perfecţionează prin învăţare în cursul activităţii, condiţionînd la rîndul lor calitatea realizării activităţii însăşi.

De o importanţă particulară în procesul de adaptare apare orientarea personalităţii, elaborarea atitudinilor, idealurilor, aspiraţiilor, trebuinţelor, dorinţelor, a concepţiei despre lume şi viaţă, ca elemente fundamentale şi de importanţă particulară în procesul de educaţie permanentă şi de elaborare dinamică a sistemului de constelaţii motivaţional-comportamentale superioare cu rol decisiv în realizarea concordanţei intrapsihice dintre aptitudini şi atitudini care conectează trăsăturile personalităţii în ceea ce are ea mai valoros din punct de vedere individual, cu necesităţile obiective şi subiective ale societăţii în ceea ce ea are ca general-uman.

Din punct de vedere al măsurilor de psiho-igienă şi psiho-profilaxie primară, elementele de mai sus constituie repere şi obiective metodologice de acţiune interdisciplinară, măsuri care se adresează, în ultimă instanţă, personalităţii ca totalitate superior şi multilateral structurată de manifestări umane concrete. Abordarea individuală a fiecărei personalităţi necesită din punct de vedere metodologic studierea multilaterală a personalităţii, evitînd cu tact reacţiile de apărare, iatrogenizare cu efecte negative ca şi didacto-geniile.

În acelaşi sens apare necesară evitarea fenomenelor de oboseală prin suprasolicitare neraţională a forţelor proprii, ca şi evitarea stărilor tensionale negative intrapsihice şi interpsihice prin crearea unui climat psihosocial şi de mediu fizic ambiant profesional şi extraprofesional favorabil dezvoltării armonioase a personalităţii.

Evitarea fenomenelor stressante fizice şi ideo-afective, împreună cu dezvoltarea unui nivel corespunzător de instrucţie şi educaţie constituie premize şi condiţii de realizare optimală a activităţilor de apărare şi promovare a sănătăţii mintale.

In sensul celor de mai sus, psiho-igiena şi psihoprofilaxia se pot realiza în ansamblul preocupărilor pentru ridicarea nivelului ştiinţifico-cultural al populaţiei, a realizării unei calificări profesionale superioare, ca parte integrantă a acţiunilor de dezvoltare a personalităţii şi de progres social-economic.

Succesul activităţilor de promovare a sănătăţii mintale ne apare astfel ca rezultat nu numai al acţiunilor unui grup de specialişti oricît de capabili şi de superioară ar fi calificarea lor, cît mai ales ca rezultat al acţiunii comunităţii umane şi a tuturor instituţiilor sale profund interesante în realizarea nivelului optimal de sănătate fizică, mintală şi socială, fără de care nu se poate înţelege şi realiza multilateral personalitatea fiecărui om în parte.

CONSIDERAŢII CU PRIVIRE LA CONCEPTUL DE NORMALITATE PSIHICĂ ÎN PERSPECTIVA ACŢIUNILOR DE APĂRARE ŞI PROMOVARE A SĂNĂTĂŢII MINTALE

M. Şelaru, H. Gottlieb, P. Boişteanu, T. Stamatin
— *Iaşi*

Conceptul de sănătate mintală implică judecăţi de valoare diferită de la o epocă social-economică la alta şi de la o cultură la alta şi a fost totdeauna marcat de concepţia fundamentală despre lume de pe poziţiile căreia acest concept a fost abordat, ca şi de modul în care s-a rezolvat noţiunea de normalitate psihică în strînsă corelaţie cu stabilirea parametrilor normalităţii şi responsabilităţii comportamentale, ideo-afective şi în practica interrelaţiilor şi interacţiunilor cu mediul social şi natural, sub raportul dinamic al proceselor de obiectivare — interiorizare, subiectivare a acestor acţiuni şi relaţii. Circumscrise în cadrul unor asemenea parametri, noţiunea de sănătate mintală şi de normalitate psiho-comportamentală se raportează la subiectul uman în dinamica dezvoltării şi realizării naturii şi esenţei sale ca fiinţă activă, creatoare de valori şi autocreatoare a destinului său individual şi general, în cadrul existenţei sociale şi naturale, pe baza cunoaşterii legităţilor lumii obiective, în raport cu care se autodetermină conştient transformînd-o, totodată, pe baza stabilirii unor relaţii logice, psihologice, estetice, juridice, politice, axiologice etc., în consens cu nivelul de dezvoltare social-economică şi cu nivelul normativităţii valorice social-culturale exprimat în conştiinţa socială şi în mod diferenţiat şi responsabil de către conştiinţa individuală.

Sănătatea în general şi cea mintală în particular, este expresia sintetică a interrelaţiilor adaptative dinamice ale personalităţşi ca sistem unitar, hipercomplex şi autoreglatoriu de natură bio-psiho-socială în interrelaţiile şi interacţiunile sale asimilator-acomodatorie, în raport cu condiţiile externe ale mediului abiotic şi biotic (biosfera), psihologic (noosfera) şi social (sociosfera). De aceea, considerăm că noţiunile de sănătate şi boală în general, de normalitate şi anormalitate psihică în special, se raportează simultan la condiţiile interne biologice, psihologice şi sociale ale personalităţii în relaţiile dialectice necesare cu condiţiile externe obiective şi subiective, naturale şi psihosociale, în strînsă corelaţie cu nivelul de dezvoltare a societăţii şi în relaţie obligatorie cu nivelul de integrare ideo-afectivă şi de reactivitate neuro-fiziologică, toate raportate la activitate şi la nivelul de dezvoltare a tehno şi noosferei cu influenţele lor asupra condiţiilor micro şi macrosociale cu rol determinant în condiţionarea calitativă a nivelului vieţii, a realizării naturii şi esenţei umane în raport cu care se determină însăşi raporturile obiective şi subiective dintre sănătate şi boală. Din acest punct de vedere criteriile de apreciere a valorilor normalităţii, sănătăţii şi bolii sînt numeroase, obiective şi subiective, individual-concrete şi generale cu raportare la istoria dezvoltării individuale ca şi la dezvoltarea generală social-istorică cu particularităţile sale caracteristice socio-culturale şi cu reflectare particulară asupra factorilor micro şi macrosociali.

În această perspectivă normalitatea corespunde unor criterii diferite sub aspect biologic, psihologic şi social cu diferenţele corespunzătoare de la o epocă de dezvoltare social-istorică la alta. Limitele normalităţii sînt deosebit de fluente şi fluctuante nu numai datorită unor condiţii obiective de existenţă de la o societate la alta, de la o epocă la alta, dar şi în cadrul aceleiaşi societăţi, avînd în vedere neomogenitatea şi convenienţele sociale, diferenţele impresionante ale variabilelor comportamentale individuale şi criteriilor valorice atît de diferite care ghidează şi determină circumscrierea, circumstanţele şi definiţiile normalului.

Pe de altă parte, nu se poate defini sănătatea numai în raport cu noţiunea de normalitate, deoarece totul s-ar reduce, în ultimă instanţă, la excluderea reciprocă a celor doi termeni şi la extinderea limitelor de nedeterminare intrinsecă şi extrinsecă a noţiunii însăşi. În aceeaşi ordine de idei, fenomenele normale şi cele patologice au aceeaşi natură deşi prin modalităţile lor de manifestare apar ca două varietăţi de fapte diferite şi totuşi apropiate între ele deşi boala nu constituie o condiţie obligatorie pentru fiinţa vie.

Este, de exemplu, normal ca celulele să se înmulţească în decursul evoluţiei ascendente, a individului şi să moară sau să le scadă randamentul în perioada de senescenţă involutivă. Aceste sînt fenomene normale însă nivelul de sănătate somatică şi psihică nu mai este acelaşi, deşi semne evidente de boală nu se constată, iar pe de altă parte nu putem să asimilăm procesul de îmbătrînire, procesului morbid. Din acest punct de vedere, ceea ce este normal din punct de vedere biologic pentru copil, adolescent sau pentru adultul tînăr, nu mai este normal pentru bătrîn şi invers. Este cunoscut că procesul de îmbătrînire este un fenomen normal şi caracteristic, nu numai omului, ci şi tuturor vieţuitoarelor. Normalitatea nu se poate asimila noţiunii de sănătate în acest caz, adcă avem în vedere că îmbătrînirea scade rezistenţa şi capacităţile reactivităţii organismului. Este îmbătrînirea un proces util pentru organism ? Dacă se consideră involuţia ca fenomen necesar care se înscrie în legităţile biologice, nu în acelaşi mod se poate considera din punctul de vedere al utilităţii şi de aceea, credem că nu tot ceea ce este necesar este totdeauna şi util.

Scăderea capacităţilor de asimilare şi acomodare adaptativă a capacităţilor de permanentă şi promptă echilibrare în raport cu condiţiile mediului pe care le determină senescenţa normală, determină nu numai un deficit de adaptare dar şi o scădere a rezistenţei organismului în general. Dar scăderea rezistenţei organismului o determină şi bolile cronice şi senescenţa şi totuşi, senescenţa o considerăm ca un fenomen normal, cu un alt nivel de sănătate şi de echilibrare care este recunoscut ca fragil, însă nu morbid, în timp ce scăderea rezistenţei organismului printr-o boală cronică sau consumptivă la un adult tînăr o considerăm ca un fenomen morbid. Deci, atît în cadrul aprecierii sănătăţii ca şi a bolii apare necesar să ne raportăm la individul concret şi la diferitele sale etape de evoluţie ontogenetică.

În aceeaşi ordine de idei, însă, apare necesară precizarea că fenomenul de senescenţă apare ca normal pentru societăţile civilizate după vîrsta de 70 ani, în timp ce pentru societăţile cu un nivel scăzut de dezvoltare şi cu o rată crescută de mortalitate, bătrînii erau consideraţi oameni după 40 de ani. În condiţiile actuale, un individ care ar apare senil la această vîrstă ar fi considerat ca un fenomen patologic, maladiv. Deci, din acest punct de vedere, a considera fenomenele normale ca şi pe cele patologice sub aspectul lor social-istoric, reprezintă, în mod necesar o obligaţie de ordin metodologic. Această particularitate ne atrage atenţia că boala, procesul morbid, este diferit nu numai de la o epocă la alta, de la o perioadă de dezvoltare ontogenetică la alta, dar în acelaşi timp se deosebeşte de fenomenele fiziologice de care ne permitem să credem că se apropie cel mai mult starea de normalitate. Este cunoscut, de exemplu, că la copil predomină în reglările sale neurofiziologice sistemul vagal şi că numai ulterior se realizează echilibrul între sistemul nervos simpatic şi parasimpatic (vagal). Dar această predominanţă vagală la copil este un fenomen normal, în timp ce pentru un adult apariţia fenomenelor manifeste de hipervagotonie constituie deja o perturbare funcţională subclinică sau, în alte cazuri ca de exemplu, în crizele vago-vagale, o stare de boală.

Oricît ar fi de departe de fiziologic, boala presupune totuşi afectarea într-un sens sau altul a funcţiei fiziologice şi în general, deşi nu obligatoriu, o alterare, perturbare sau schimbare a condiţiilor fizologice ale organismului. Totuşi şi în acest caz există boli care, cu excepţia complicaţiilor pe care le pot determina, nu conduc în mod obligatoriu la perturbarea fenomenelor fiziologice, ci dimpotrivă, contribuie la întărirea echipamentului de luptă a organismului ; în această situaţie se înscriu, de exemplu, bolile copilăriei care determină elaborarea unei imunităţi naturale ce previn o nouă îmbolnăvire.

Se consideră, de cele mai multe ori, că generalitatea unui fenomen să fie considerat drept criteriu de referinţă pentru aprecierea normalităţii sau a nivelului sănătăţii într-o populaţie dată. Şi în acest caz pot apare numeroase aspecte de controversă din punct de vedere biologic. De exemplu, infestarea în masă cu anumite protozoare îndeosebi la populațiile din regiunile umede, deși apare ca un fenomen de masă, nu poate constitui un criteriu de apreciere a normalității, sau a sănătății. Dacă ar fi așa, atunci cei neinfestați care constituie o minoritate, ar trebui să fie considerați ca anormali sau nesănătoși. Același raționament cu privire la criteriul generalității unui fenomen se poate aplica tuturor regiunilor cu endemii cronice. De aici putem să concluzionăm că, raportîndu-ne la criteriul privind gradul de generalitate al unui fenomen pentru stabilirea normalității, anormalității, a nivelului de sănătate sau boală, poate fi considerat fie în sens pozitiv, fie în sens negativ, dar prin aceasta nu poate să constituie singur unicul criteriu de apreciere. Este cunoscut, de exemplu, că fenomenele de ateroscleroză sînt extrem de frecvente la vîrsta înaintată dar nu sînt excluse și se citează cazuri de leziuni aterosclerotice și la vîrste foarte fragede.

Fenomenele involutive ale vaselor apar ca procese normale la vîrsta senescenței, care țin de modificările pe care le determină vîrsta înaintată, au un caracter generalizat pentru individ dar și pentru ceilalți indivizi. Ținînd de procesul de îmbătrînire, ne apar totuși ca fenomene normale, deși au un extins grad de generalitate, însă aceleași procese apar ca anormale, patologice la adultul tînăr și cu atît mai mult în cazul unui adolescent.

În cazul aterosclerozei generalizate la vîrstele înaintate, în mod obișnuit patologicul este reprezentat de complicațiile manifeste ce apar pe fondul aterescleroзei. Deși ateroscleroza nu este un fenomen normal, raportată la procesul de îmbătrînire care este un proces normal însă, ateroscleroza, dacă nu este complicată cu o suferință organică localizată sau generalizată, dacă se raportează la persoanele înaintate în vîrstă, este un fenomen normal. De aici un fenomen paradoxal, ateroscleroza poate să fie considerată un fenomen anormal la adultul tînăr, dar normal la bătrîni, deși în general se poate aprecia că echilibrul adaptativ este mai bun la persoanele mai tinere decît la cele mai în vîrstă. Este aici o tendință a normaliza patologicul care apare în judecățile diurne.

Dacă ne raportăm la un criteriu cantitativ, cel de medie statistică, și aici, atunci cînd judecăm asupra normalului și anormalului, a sănătății și a bolii, apar destule inconveniente, avînd în vedere că în mod obișnuit constantele la care se raportează un studiu sau altul cunoscut în sistemul dat numeroase variații concomitente care țin de factorii biologici, psihologici și sociali, individuali și generali, a căror relații de intercondiționare și interdependență, fac dificilă aplicarea calculului matematic al probabilităților în evaluarea precisă a acestor fenomene. Pe de altă parte, ceea ce cade în afara mediei nu este obligatoriu anormal.

Un celibator sau o femeie trigemelară, de exemplu, nu sînt anormali, numai pentru simplu fapt că cei normali sînt cei căsătoriți și că femeile nasc în mod obișnuit cîte un singur copil. În aceeași ordine de idei, ar fi de amintit că de cele mai multe ori, ceea ce este normal nu este totdeauna în relație cu o serie de fenomene matematice distribuite cît mai ales în raport cu un sistem de valori fluctuant de la o societate la alta și de la un grup social la altul.

În modul acesta, ceea ce este normal se confundă cu norma, cu normativitatea și de aceea și criteriile care se elaborează sînt marcate de diversele atitudini de natură socială. Dar așa cum observă G. Deshaies, normativitatea nu este întotdeauna proporțională cu frecvența, deoarece la cea mai mare frecvență nu corespund și cele mai bune norme și reciproc, lăsînd, bineînțeles, la o parte faptul că normalitatea în calitatea sa de concept cantitativ se definește pe baza unor criterii de natură calitativă (de bine, frumos etc.), criterii care nu aparțin ordinelor de fapte statistice și care sînt deosebit de fluente și fluctuante. Această circumstanță se leagă și de faptul că omul este, în același timp, obiect și subiect al unei lumi pe care a construit-o și pe care se străduiește s-o umanizeze din ce în ce mai mult și în care ordinea și dezordinea, necesarul și aleatorul se manifestă nu numai la nivelul ființei umane, ci și al universului său existențial totodată.

Noțiunile de sănătate și boală nu sînt, de aceea, simple abordări teoretice, ci se leagă, în același timp, și sînt implicate în acțiunea constituind îndreptare pentru acțiunile medico-sociale. De aceea, conceptul de sănătate ca și cel de boală sînt generate nu numai de nivelul de cunoaștere științifică a mecanismelor normale ca și a celor de echilibrare adaptativă biologică, ci și de incidentele psiho-sociale deosebite de la o epocă la alta. Cu atît mai mult noțiunea de sănătate mintală are o determinare plurifactorială cu implicații considerabile, simultane biologice, psihologice și sociale corespunzătoare, sub aspectul considerării lor, atît din punct de vedere subiectiv și obiectiv totodată.

Din punct de vedere subiectiv omul se poate declara în planul trăirilor sale conștiente ca fiind bolnav, deși în realitate el, păstrînd un nivel calitativ optimal de integrare conștientă nu este în realitate decît obosit sau suprasolicitat. În acest caz nu numai pentru bolnav, dar și pentru medic sînt dificile de apreciat valoarea simptomelor, avînd în vedere implicațiile subiective ale acuzelor pentru bolnav, ca și subiectivitatea aprecierilor diagnostice pentru medic, așa cum se petrec de fapt lucrurile în cazul unor false diagnostice de „nevroză“ și care de multe ori induc negativ în cîmpul conștiinței celui ce se adresează medicului cu acuze de tip iatrogen.

În aceste situații, omul subiectivizează o stare de neliniște eventual chiar anxioasă cu trăirile penibile ale unor incapacități fizice și psihice cu reflectare negativă asupra nivelului de integrare și de realizare a acțiunii în plan social, ceea ce-l determină să acorde semnificații anormale capacităților sale biologice, psihologice și sociale, să se refugieze în această nouă situație penibilă, să-și abandoneze sau să diminueze capacitățile de activare conștientă a potențialităților sale reale, gravînd astfel negativ și din plan psihic asupra nivelului de tensiune al activităților.

Din acest punct de vedere, însăși actul medical, cel mai banal, mai obișnuit, și aparent fără semnificație, poate determina din imprudență, grabă, neglijență etc., cele mai neașteptate reacții de refugiu psihogen în boală, în cazul unor personalități mai fragile, mai anxioase sau în cazul unor subiecţi în stare de suprasolicitare. De aceea, aprecierea nivelului de sănătate mintală ne apare ca dificil, iar pe de altă parte, subliniem că medicul face educaţie sanitară şi realizează psihoterapia nu numai în mod explicit, ci totodată în mod implicit prin fiecare act şi prin fiecare gest, fără a mai aminti de valoarea şi semnificaţia fiecărui cuvînt afirmat de medic.

In relaţie cu cele de mai sus, considerăm că medicul, ca şi personalul medical în general trebuie să cunoască în mod profund personalitatea bolnavilor, această cunoaştere de natură psihologică fiind, după opinia noastră, tot atît de importantă ca şi o desăvîrşită pregătire profesională. Considerăm că marile personalităţi care s-au afirmat în domeniul medicinei au fost cunoscători foarte fini ai psihicului uman.

Sînt persoane care se ştiu că sînt bolnave, dar nu trăiesc sentimentul bolii şi nu-şi însuşesc statutul de bolnav, chiar dacă li se spune cu ocazia unui examen oarecare că au o boală, ca de exemplu diabet, o afecţiune pulmonară, cardiacă, digestivă etc. Totuşi, în aceste situaţii, priza de conştiinţă asupra unei deficienţe începe să influenţeze comportamentul psiho-social, ia rsubiectul în cauză îşi reanalizează comportamentul său actual şi cel de perspectivă şi aceasta, bineînţeles, în raport de capacitatea calitativă, de integrare actuală şi anticipativă şi de punere în acord a ceea ce este obiectiv cu trăirea corelativă reală în planul subiectiv.

În cazul în care nivelul său de integrare ideo-afectivă este perturbat sau nerealizat prin lipsă de dezvoltare intelectuală, el ştie că este bolnav, dar nu mai realizează în plan subiectiv faptul că este realmente bolnav şi eventual chiar de o boală foarte gravă. În asemenea situaţii este nevoie de atitudini diferenţiate din partea medicului, dar şi a microgrupului apropiat bolnavului, ceea ce face ca acţiunea sa de educaţie să se împletească cu cea din profilaxie secundară sau terţiară.

Cu atît mai dificilă este situaţia în cazul unor psihoze în care, de obicei, şi cel mai puţin avizat dintre oamenii apropiaţi de bolnav îşi dă seama că acesta nu este normal, în timp ce pacientul nici nu se simte că este bolnav şi nici nu acceptă să fie considerat bolnav. În acest caz este profund perturbat nivelul de integrare calitativă a conştiinţei şi nu se mai realizează în mod corectşi cu discernămînt integrarea la nivelul subiectiv a informaţiilor.

O cu totul altă situaţie se petrece în cazul unor bolnavi care prezintă o maladie cu risc vital deosebit de grav, şi este posibil ca o perioadă de timp nici să nu subiectiveze starea realmente morbidă.

Din cele de mai sus considerăm că se poate desprinde concluzia că aprecierea nivelului de sănătate este nu numai o problemă medicală, ci vizează, în acelaşi timp, personalitatea fiecărui om sub raportul tuturor trăsăturilor sale biologice, psihologice şi sociale, a nivelului calitativ de integrare ideo-afectivă şi în corelaţie obligatorie cu nivelul de dezvoltare social-istorică faţă de care se realizează şi se autorealizează, determinîndu-se conştient sau nu fiecare individualitate.

De aceea, a considera că sănătatea mintală sau chiar somatică înseamnă absenţa bolii nu este atît de simplu, cu atît mai mult cu cît este dificilă de evaluat în mod net diferenţa dintre fiziologic şi procesul premorbid şi îndeosebi în domeniul sănătăţii mintale, unde se pare că se cunoaşte mai mult simptomatologia entităţilor morbide majore, dar se cunoaşte mai puţin precis comportamentul normal şi cu atît mai mult sînt extrem de numeroase confuzii în aprecierea patologicului la interferenţă cu normalitatea în raport cu abaterile în banda normalităţii şi raporturile lor cu comportamentul normal pe care, oricît de paradoxal ar apare, îl cunoaştem totuşi atît de puţin faţă de cel patologic. De aici şi numeroasele dificultăţi pe care le întîmpină mica psihiatrie (nevrozele, psihopatiile, oligofreniile de limită), care şi-au extins totuşi atît de mult domeniul în comparaţie cu psihiatria majoră (psihozele şi demenţele).

Nu este aici o justificare pentru psihiatrie, însă se cuvine să subliniem că de cele mai multe ori, boli somatice grave în faza lor de debut, de organizare patologică au simptome subiective de tip asteno-vegetativ predominant cu componentele lor afective şi ulterior ideative corespunzătoare tipului de personalităţi, particularităţilor bio-psiho-sociale ale acesteia.

Pragurile de semnificaţie ale patologicului, ale trecerilor de la normal, anormal şi morbid nu sînt atît de nete nici în cazul patologiei somatice şi cu atît mai mult în cazul patologiei mintale, în care limitele dintre normal şi patologic sînt cu mult mai puţin nete, mai puţin rigide şi cu atît mai fluctuante. Dificultatea este cu atît mai importantă, cu cît în domeniul patologiei mintale de limită acuzele sînt de natură subiectivă, simptomele sînt nespecifice şi nu se pot corela în sensul unei singularităţi de identitate fiziopatologică şi de substrat lezional. Aceasta face ca multe sindroame psihosomatice să fie considerate ca nevroze adevărate şi repetate din domeniul lor revitabil de preocupare a medicinei generale.

În această ordine de idei, considerăm că nu este nici un domeniu de preocupare medicală în care diagnosticul de nevroză să nu poată fi afirmat cu uşurinţă, după cum nu e mai puţin adevărat, din aceleaşi motive, poate că unul din cele mai dificile diagnostice este şi cel de nevroză, iar nevroza veritabilă constituie una din cele mai chinuitoare boli. De aceea, nu se cuvine să abuzăm de acest agnostic şi, în acest context, criteriile de prezenţă a discernămîntului, alături de criteriul etiologic şi de cel psihopatologic, ni se par că, oricît de complexe ar apare, nu sînt suficiente pentru a diferenţia ceea ce este cu adevărat patologic şi în sensul unei reacţii, fenomen de suprasolicitare sau demodulare subiectivă cu toate componentele vegetativ-emoţionale pe care le presupun modificările fiziopatologice în cazul unor suferinţe somatice.

De aceea, ni se pare că a considera personalitatea în ansamblul determinărilor sale unitare şi simultane, biologice, psihologice şi sociale în raportarea sa la vastul ansamblu de condiţii determinante reprezintă nu numai o necesitate de ordin metodologic, ci şi de acţiune practică în echipă complexă interdisciplinară, nu cu scopul de a psihiatriza comportamentul uman sub acţiunea inductorie a unui leader psihiatru, ci de a depsihiatriza comportamentul uman normal, antrenînd în acest sens organismele comunitare şi comunitatea socială în apărarea, promovarea propriei sale sănătăţi mintale.

In această acţiune important este, să nu se confunde funcţiile şi simptomele, variaţiile psihice concomitente cu simptomele aberante, cu concretizările lor în plan comportamental.

Dinamismul conceptelor fundamentale în domeniul sănătăţii mintale nu poate fi corelate cu criteriile de apreciere asupra normalităţii formulate de psihiatria curativistă, ci dimpotrivă, se impune a fi corelat cu determinările social-economice, cultural-educative, politico-ideologice, cu ansamblul climatului psiho-social ca elemente fundamentale în determinarea personalităţii şi a activităţilor sale în plan practic şi ideo-afectiv. De aceea, considerăm că problematica sănătăţii mintale şi a rezolvărilor sale nu se află în interiorul disciplinei psihiatrice, din moment ce comandamentele fundamentale ale dezvoltării personalităţii se află în viaţa practică, cotidiană a societăţii şi a ifecărei individualităţi în parte, conectată din ce în ce mai mult la vastul univers de determinări naturale şi îndeosebi psiho-sociale.

Rolul medicului şi deci a psihiatrului este de a fi activist obştesc avizat, competent, care acţionează în sensul necesităţii, formulînd opinii ştiinţifice fundamentale ş isupunîndu-le aprobării organelor de decizie competente. Între aceste acţiuni, iniţierea educaţiei sanitare în consens şi context cu cele de cultură generală deţine un rol deosebit în conştientizarea în masă a măsurilor necesare instituirii unor veritabile acţiuni de psihoprofilaxie primară.

Poate că în acest context ar apre ca justificată psihiatria socială, adică în sensul unei preocupări pentru apărarea şi promovarea sănătăţii mintale a populaţiei prin intermediul unor echipe complexe intedisciplinare ajutate în realizarea obiectivelor de un vast colectiv de activişti obşteşti capabili să mobilizeze mase importante de oameni în materializarea programelor formulate de organele centrale de partid şi de stat privind sănătatea populaţiei şi deci şi sănătatea mintală.

Oricît de numeroase ar fi cadrele de specialitate în psihiatrie ele nu vor reuşi să acopere în mod real necesităţile apărării şi promovării sănătăţii mintale acţionînd numai din interiorul psihiatriei şi aceasta pentru că problematica sănătăţii mintale se rezolvă în viaţa reală, a societăţii, în care psihiatrul deţine rolul de activist şi de consilier atunci cînd este solicitat.

Sănătatea mintală îşi are condiţiile şi criteriile sale în care se raportează la ansamblul determinărilor exterioare de mediu fizic şi psiho-social al care se adaptează personalitatea şi în raport cu care se elaborează ansamblul său unitar de condiţii interne biologice, psihologice şi sociale. În acest ansamblu deosebit de vast şi de complex, relaţiile fiecărei individualităţi se stabilesc pe baza unor asimilări şi acomodări adaptative în care participă personalitatea în totalitatea sa de manifestări umane concrete, consituţionale şi cîştigate psiho-sociale în unitatea lor şi în determinarea diferenţiată a structurilor personalităţii ca şi a demodulărilor sale.

Fenomenul uman considerat la nivelul individual concret nu poate fi separat în mod metafizic în structuri biologice, constituţionale şi structuri psiho-sociale cîştigate, după cum nu putem separa biologicul de psihic din punct de vedere metodologic decît atunci cînd se abordează problemele gnoseologiei.

REALITĂŢI ŞI PERSPECTIVE ÎN PSIHIATRIE

Aurelia Sîrbu
— *Cluj-Napoca*

Evoluţia psihiatriei în secolul nostru a fost remarcabilă şi a reuşit să demonstreze în cadrul ştiinţelor naturii temeinicia materialităţii bolilor psihice. După etapa psihotropelor — răspîntie de la care psihiatria a intrat cu toate drepturile în rîndul disciplinelor medicale, — s-au realizat noile obiective pe baza cărora astăzi conceptul de boală psihică este acceptat în limitele realităţii faptice.

Preconizarea noilor sisteme de asistenţă de la serviciile L.S.M. spre sectorizare, cît şi asigurarea participării active şi conştiente a bolnavului psihic la vindecarea propriei sale suferinţe, permite psihiatrului să întrevadă o traiectorie optimistă şi reală a modalităţilor şi mijloacelor de prevenire şi tratare a oricăror manifestări psihopatologice.

Interdisciplinaritatea a demonstrat pe deplin spiritul de echipă în asigurarea oricăror măsuri mai generale de asistenţă, măsuri care vizează sanageneza populaţiei.

În această perspectivă, psihiatrul devine unul din specialiştii „căutaţi" care poate oferi soluţii adecvate şi corecte în multiplele ipostaze ce se prevăd a corespunde cu progresul şi civilizaţia zilelor noastre.

The evolution of psychiatry in our century was a remarcable one and succesfully demonstrated the materialist conception concerning psychic illnesw among natural sciences. After the psychotrope period — the cross road from which the psychiatry entered with all the reghts among medical discipline — new objective were realised on the foundation of which, today, the term of the stark fact.

The preconize new assistance systems from L.S.M. services to section, as well as the assurance of active and conscious participation of spychiatric pacient to the remission of his own sufferances, permit the psychiatrist to see into an optimistic and real means the modalities of prevention and treatment of any psychoptahological manifestation.

The interdisciplinarity have demonstrated once for all the team spirit so necessary in assurance of any general and preventive methods concerning the population sanogenesis.

From this point of view, the psychiatrist become one of the most „assailed" specialists who can offer appropriate and right solution regarding the variety of situation who are the direct consequences of the progress and civilization of our doys.

ACŢIUNEA SUPRESIVĂ A STĂRII DE ADICŢIE LA DROG EXERCITATĂ DE UN NOOTROPIC ORIGINAL (ASFA)

P. Brânzei, P. Boişteanu, V. Chiriţă, Carola Offenberg, M. Stanciu, H. Gottlieb, Maria Cuţu
— Iaşi

Chimioterapia modernă, a cărei eficienţă recunoscută a schimbat mult tabloul clinic al psihozelor, a determinat în acelaşi timp apariţia unor noi aspecte ale stărilor de limită, consecutiv ingerărilor necontrolate de diverse droguri. Viaţa modernă, cu fluctuaţiile şi tentaţiile sale, situaţiile psihogene şi noxele iatrogene, pot determina individul de a abuza de unele substanţe nespecifice, în scopul ameliorării unora dintre acuzele sale, ducînd, în cele din urmă la obişnuinţă.

Din punct de vedere nosologic, este necesar de delimitat obişnuinţele legate de anumite substanţe cu acţiune fenomenologică specifică, de altele cu acţiune nespecifică.

După O M S — ceea ce caracterizează obişnuinţa este dorinţa şi nu necesitatea de a lua în continuare drogul, lipsa tendinţei la creşterea cantităţilor şi existenţa unei dependenţe psihice, fără fenomene de abstinenţă.

La baza diverselor toxicomanii stă intoxicaţia cronică, care acţionează asupra creierului ca şi asupra metabolismului hepatic şi prin aceasta contribuie la „progredienţă". În procesul „obişnuinţei" însă survine mecanismul adaptării organismului prin contrareglaţie.

Pe lîngă particularităţile organismului şi reacţiilor sale, la instalarea acestui proces contribuie desigur şi condiţiile mediului ambiant, care în majoritatea cazurilor, prin crearea indispoziţiei, împing la utilizarea abuzivă a substanţelor cu acţiune euforizantă.

Dintre substanţele cu acţiune euforizantă, etanolul este considerat toxicul cel mai răspîndit şi deşi bine studiat, rămîn încă multe aspecte de elucidat. În prezent, nu dispunem de un tratament cauzal al drogodependenţei şi de aceea efortul trebuie să fie orientat pluri-factorial — bolnav, familie, microclimat profesional, societate, medic etc.

În anul 1958, Gh. Botez comunică sinteza unei serii de derivaţi ai acizilor fenoxiacetici, dintre care a fost studiată mai ales acţiunea farmacologică a acidului 4 sulfonamido-fenoxiacetic (ASFA).

În 1958 P. Brânzei şi colaboratorii încep testări pe voluntari sănătoşi şi pe bolnavi, iar în 1961 se publică primele rezultate clinice obţinute, stabilindu-se eficienţa produsului ASFA în epilepsii, psihoze, psihastenii şi drogodependenţă.

În clinică, produsul a fost administrat în special unor bolnavi internaţi pentru etilism cronic cu tulburări psihice, în stările de predelir şi delirium tremens ca şi unor bolnavi cu adicţie la droguri euforizante (ciclobarbital, morfină).

Subiecţii au fost urmăriţi riguros, întocmindu-se fişe psihofarmacologice anamnestice şi cu simptomatologia tipică evidentă, uşor de apreciat cantitativ, urmărire care s-a făcut pe zile şi chiar pe ore.

Succint vom prezenta cîteva cazuri elocvente referitoare la acţiunea supresivă a produsului ASFA în drogodependenţă.

T. V. de 50 ani, achizitor. Este la a treia asistenţă psihiatrică pentru stări de predelir şi delirium tremens. Se internează în stare de predelir alcoolic manifestat prin tremurături ale extremităţilor, transpiraţii, tahicardie, tahipnee, TA 200/130 mmHg, anxietate, dureri precordiale, halucinoze, parţială dezorientare temporo-spaţială, orientare la propria persoană.

Se începe imediat administrarea de ASFA i.v. 2 g. substanţă. La 20′ TA scade la 170/110 mmHg. L 5 ore de la administrare apare deliriumul tremens cu marcată agitaţie psihomotorie, stare oniro-confuzivă.

Se administrează imediat i.v. 2 g ASFA soluţie 10% obţinîndu-se la 30′ de la administrare dispariţia halucinaţiilor şi a dezorientării la propria persoană, persistînd tabloul predeliriumului alcoolic. Se continuă administrarea i.v. a 2 g ASFA la 6 h. După 6 ore TA 160/100 mmHg. Cu aceeaşi doză 8 g/24 h se mai continuă o zi (total 16 g în 48 h). Se evidenţiază ameliorarea netă a stării generale şi a tabloului psiho-somatic. Se reduce doza la 4 g i. v. timp de încă 6 zile (total 24 g). Persistînd o simptomatologie nevrotiformă reziduală, se continuă administrarea i.m. a 4 g/24 h timp de 6 zile şi ulterior se administrează pe cale orală 6 g/zi timp de 9 zile, în total administrîndu-se 108 g ASFA timp de 23 zile.

Pe parcursul evoluţiei constantele biologice s-au normalizat. Astfel ureea în 3 zile a scăzut de la 0,60 la 0,30 g‰, sedimentul urinar în două zile s-a normalizat (prezentă albumină şi frecvente leucocite), R.A. de la 72 vol. CO_2 la 60 vol. CO_2 în 3 zile.

Diagnostic la externare : Delir alcoolic acut ; obezitate (90 kg — 1,70 m înălțime). H.T.A., Cardiopatie ischemică dureroasă.

Rezultate :

— remisiunea fenomenelor de delir alcoolic acut în 24 ore ; — scăderea pînă la normalizare a valorilor TA în 24 h ; — remisia stării de neliniște psiho-motorie după 3 zile ; — revenirea somnului și a apetitului după 6 zile ; — atitudine autocritică la 8 zile și scurtarea duratei tratamentului la 25 zile.

P.D. 53 ani, de profesie tîmplar neîncadrat, tratat în repetate rînduri începînd, din 1968 pentru „Etilism cronic și decompensări de tipul predeliriumului și a deliriumului tremens.

Este internat în plină decompensare — delirium tremens.

Se începe tratamentul cu ASFA i.v. 1 g la 4 ore timp de 48 h (total 12 g). Se remite simptomatologia acută și se continuă cu 1 g i.m. la 6 ore timp de 4 zile după care se trece la tratamentul obișnuit de consolidare a etilismului cronic cu sedative, psihotrope, vitamine.

Diagnostic „Delirium tremens pe fond de etilism cronic cu crize comițiale alcoolice confirmate clinic".

În total s-au administrat 28 g ASFA obținîndu-se rezultate bune privind remiterea fenomenologiei acute. Constantele biologice în limite normale înainte și după încetarea administrării de ASFA.

Rezultate :

Dispariția labilității neuro-vegetative (neinfluențate anterior) ; revenirea somnului, dispariția adicției la etanol și a instabilității conduitale cu reintegrare în mediul socio-familial.

N.M. 41 ani, profesor, cu gastrectomie în antecedente. Se internează în stare de predelir manifestat prin transpirații, tahicardie, tahipnee, anxietate, dureri precordiale, tremurături ale extremităților, halucinoze, dezorientare temporo-spațială. Această stare survine ca urmare a consumului cronic și abuziv a unei mari cantități de diazepam (în medie 10 tb în 24 ore).

Se începe imediat administrarea de ASFA i.v. 2 g substanță în soluție 10 %.

La 20 minute de la administrare se constată dispariția halucinațiilor și o diminuare a dezorientării temporo-spațiale, persistînd tabloul predeliriumului. Se continuă administrarea a 2 g de substanță din 4 în 4 ore timp de 24 de ore, obținîndu-se o ameliorare netă a stării generale și a tabloului psiho-somatic. Urmează apoi o perioadă de 21 de zile în care se administrează cîte 2 g substanță zilnic, doza totală fiind de 92 g substanță.

Constantele biologice au fost în limite normale înainte și după administrarea de ASFA. Diagosticul la externare : NARCOMANIE.

Rezultate :

Remisiunea fenomenologiei acute în primele 24 ore și a stării de neliniște psiho-motorie după 48 ore ; evitarea sevrajului, revenirea somnului și a apetitului după 5 zile, scurtarea duratei tratamentului la 21 zile.

P.I. — de 45 ani, funcționar. La prima asistență psihiatrică se internează ca urgență pentru o stare amnesto-confuzivă apărută în urma consumului unei cantități moderate de băuturi alcoolice.

Pacienta era confuză, cu agitație psiho-motorie și dezorientare temporo-spațială. Se administrează imediat 2 g de ASFA în soluție 10% continuîndu-se apoi cu 1 g substanță i.v. la 3 ore interval, timp de 48 ore.

După circa 18 ore simptomatologia acută de tipul delirium tremens dispare. După 36 ore starea de neliniște, insomniile, coșmarurile, cefaleea marcată se ameliorează. După 5 zile timp în care se administrează ASFA — 1 g la 6 ore — apetența dispare, iar somnul revine la normal.

Se continuă tratamentul cu 1 g substanță la 6 ore timp de încă 10 zile. 2otal substanță folosită 86 g.

Rezultate :

Dispariția simptomatologiei acute în primele 48 ore de tratament, evitarea fenomenelor de sevraj, dispariația stării de adicție, revenirea somnului, dispariția labilității neuro-vegetative.

Diagnostic la externare : Psihosindrom de adicție etanolică.

I.G. 45 ani, de profesie tehnician ; la prima internare în clinica de psihiatrie pentru consum abuziv și stare de dependență la medicamente (ciclobarbital și meprobamat).

Diagnostic de trimitere : Politoxicomanie.

La internare pacientul era confuz, agitat, dezorientat temporo-spațial ; TA 190/130 mm Hg.

Se începe tratamentul cu ASFA i.v. 1 g la 3 h timp de 48 h (12 g). După 24 h (6 g substanță) simptomatologia acută de tipul delirium tremens dispare. Persistă starea de neliniște, insomniile, coșmarurile, cefaleea marcată, fenomene care se ameliorează după 48 ore.

Se continuă administrarea de ASFA 1 g la 6 h timp de încă 6 zile, după care se realizează acțiunea supresivă asupra stării de adicție la drog.

Nu s-au remarcat modificări ale constantelor biologice.

Se continuă tratamentul cu 1 g substanță la 6 h timp de încă 10 zile.

Total substanță folosită 80 g ; zile de tratament 21.

Rezultate : dispariția simptomatologiei acute în primele 48 h de tratament ; evitarea fenomenelor de sevraj ; dispariția stării de necesitate pentru drog după 4 zile, revenirea somnului ; dispariția labilității neuro-vegetative (neinfluențată anterior).

M.I. 39 ani, de profesie mecanic de locomotivă, operat în urmă cu 2 ani pentru un neoplasm pulmonar. Pentru combaterea durerii se administrează morfină — 2 f. zilnic. Durerile dispar, nu mai este necesară administrarea morfinei, dar pacientul nu poate renunța la acest drog.

Din proprie inițiativă se adresează clinicii de psihiatrie.

Se suprimă total morfina și se începe administrarea de ASFA 1 g i.v. la 4 ore interval timp de 48 ore. Nu apar fenomene de abstinență și nici modificări ale constantelor biologice.

Starea de adicție dispare după 48 h de la începerea tratamentului. Se continuă tratamentul timp de încă 12 zile cu 1 g substanță la 6 ore interval.

Rezultate terapeutice bune. Durata tratamentului 15 zile sub care se constată : dispariția stării de adicție după 2 zile; evitarea fenomenelor de sevraj; dispariţia labilităţii neuro-vegetative.

CONCLUZII

În favoarea utilizării tratamentului nootropic cu ASFA, faţă de alte scheme terapeutice, aducem următoarele argumente: scurtarea duratei tratamentului; uşurinţa administrării, toleranţa foarte bună, substanţa fiind practic lipsită de toxicitate şi cu o toleranţă tisulară bună, absenţa fenomenelor secundare, posibilitatea administrării în orice serviciu clinic, economicitate în raport cu alte scheme de tratament.

În concluzie, în urma studiului clinic efectuat, rezultă că ASFA este o substanţă cu un profil farmacologic particular, diferit de encefalotropele cunoscute cu o largă aplicabilitate în clinica drogodependenţelor şi cu rezultate net superioare medicamentelor folosite uzual.

SEMNIFICAŢII PROSPECTIVE ALE L.S.M. ÎN PRACTICA PSIHIATRICĂ

V. Hrimiuc, Carola Offenberg, Beata Catalina Vasacos
— *Iaşi*

În politica sanitară psihiatrică incontestabil L.S.M. ocupă un loc prioritar, modificînd vechile formule organizatorice de asistenţă ambulatorie, transformînd reţeaua de psihiatrie într-un sistem, reuşind să completeze asistenţa staţionarilor cu unităţi terapeutice semiambulatorii şi ambulatorii.

Diversitatea experienţelor acumulate pînă în prezent, ilustrează caracterul proteiform a diverselor LSM-uri din ţară. iar sinteza acestor activităţi ne poate permite şi orienta asupra unor soluţii de perspectivă.

Deşi nu s-a ajuns pînă în prezent la crearea unui model funcţional apropiat de optim, totuşi, cel puţin teoretic putem vorbi de un model organizaţional ideal, plecînd de la modelele reale întîlnite în practică. cu toate că ele nu şi-au găsit o expresie bine statuată la nivelul reţelei de psihiatrie.

Observaţiile efectuate asupra L.S.M. Iaşi, care are o existenţă de aproape 15 ani demonstrează necesitatea unei precizări adecvate a statutului şi rolului persoanelor din componenţa L.S.M. precum şi a delimitării şi organizării acestor instituţii. În prezent, deşi nu s-au cristalizat anumite precizări doctrinare şi de atitudine practică asupra funcţionalităţii L.S.M., apar totuşi următoarele puncte de vedere.

— L. S. M. compartiment de asistenţă ambulatorie pentru întreaga problematică psihiatrică a unui teritoriu.

— L. S. M. compartiment de asistenţă ambulatorie, exclusiv ca anexă a secţiei de psihiatrie din spitalul teritorial.

— L. S. M. instituţie cu profil autonom axată în activitatea sa pe o problematică complexă de sănătate mintală a unui anumit teritoriu.

În funcţie de aceste orientări de principiu s-au evidenţiat formule organizatorice ale echipei complexe de lucru, în cadrul L.S.M. care preconizează aspecte curative şi de protecţie medico-socială a bolnavilor psihici, sau de angajare largă în probleme de sănătate mintală ale unei anumite colectivităţi. Indiferent însă de obiectivul urmărit, activitatea L.S.M. nu poate fi realizată cu eficienţă decît în cazul existenţei unei echipe bine sudate organizatoric şi cu delimitări precise asupra îndatoririlor de serviciu ale membrilor care îi asigură competenţa. Peste tot în ţară s-a ajuns la consensul că numai medicul psihiatru poate şi trebuie să-şi asume responsabilitatea conducerii activităţii LSM că numai el poate să-i asigure un profil de instituţie medicală şi să asigure un model medical de asistenţă a bolnavului psihic. În activitatea sa, psihiatrul este obligat a planifica, manevra şi utiliza un colectiv de specialişti (psihologi, psihosociologi, logopezi, jurişti etc.) cu profil de pregătire extramedicală, cît şi numeroase cadre medicale cu pregătire medie.

Nu de puţine ori se observă o tendinţă de autonomizare a psihologilor, îndepărtîndu-se de activităţile medicului psihiatru, angajîndu-se în acţiuni cît mai îndepărtate de asistenţa medicală şi socio-profesională a bolnavului mintal.

Sistemul de pregătire al psihologilor nu le asigură acestora un profil de cunoştinţe şi deprinderi practice care să le permită angajarea plenară în exigenţele muncii cotidiene la nivelul L.S.M.

Existenţa în viaţa colectivităţilor de o manieră tot mai pregnantă a psihiatriei „uşilor turnate“ face ca în perspectivă L.S.M., veritabil „aut-patient departament“, să capete în sistemul reţelei sanitare o pondere crescută, iar inspiraţia de moment şi motivaţiile locale, trebuiesc subordonate unui act normativ departamental care să stabilizeze sau să infiereze anumite tendinţe. Pînă la definitivarea redactării şi intrării în uz oficial a unui asemenea act normativ ar fi indicată elaborarea exclusiv pentru uz intern a unei reglementări provizorii cuprinzînd datele acceptate unanim de experienţa acumulată pînă în prezent la nivelul diferitelor instituţii de psihiatrie.

Pentru psihiatru. care lucrează direct în L.S.M. sau are relaţii nemijlocite cu acesta, se pun la ordinea zilei cîteva probleme cărora trebuie să li se dea răspunsuri concrete.

— L.S.M. instituţie exclusiv terapeutică? — L.S.M. instituţie exclusiv de psihoigienă? — L.S.M. instituţie cu funcţie prevalent de asistenţă socială? — L.S.M. instituţie cu funcţii polivalente? — L.S.M. instituţie pentru bolnavi psihici sau pentru acţiuni de sănătate mintală?

Intr-o optică de entuziasm birocratic speculativ, am putea susține că L.S.M. poate și trebuie să răspundă la toate problemele enunțate anterior.

In realitate practică actuală demonstrează că este necesar a susține și a face totul pentru ca L.S.M. să fie în primul rînd o instituție psihiatrică pentru asistența bolnavului psihic, și că este cazul a depune toate eforturile pentru a rămîne o instituție medicală cantonată la necesitățile și realitățile medicale.

În condițiile concrete din țara noastră în actuala etapă de dezvoltare a rețelei de psihiatrie, credem că este cazul a avea un cadru larg de posibilități, de a individualiza activitatea și formulele organizatorice ale L.S.M., în raport de specificul realităților concrete din județele țării, a particulariza și regionaliza asistența psihiatrică și nu de a verifica eficiența unui aparat birocratic.

L.S.M. trebuie să-și facă ca principal obiectiv al activității, integrarea bolnavului psihic cu ajutorul mijloacelor medicale în sistemul social global — singurul în măsură să-l reabiliteze de o factură eficientă. Activitatea ce se poate desfășura în cadrul L.S.M., în afara unor particularități regionale, dispensarizarea, este principala formulă activă care trebuie să aibe o finalitate fermă, prin reducerea invalidității pe grupe distincte de bolnavi, prin intermediul psihoterapiei integratoare, reabilitării și reintegrării socio-profesionale a bolnavului psihic, funcționarea în condiții optime a sfatului genetic și a sfatului juridic.

În acest sens se impune cu necesitate elaborarea pe baza experienței acumulate a unei scrisori metodologice dezbătută și aprobată în cadrul comisiei de psihiatrie a ministerului, în vederea organizării la un nivel superior și mai eficient a activităților din cadrul L.S.M., statuarea unor principii și responsabilități privind atribuțiile membrilor echipei complexe care activează în cadrul L.S.M. privind funcțiile de profilaxie, recuperare și cercetare.

ROLUL FACTORILOR SOCIALI ÎN DECLANȘAREA ȘI EVOLUȚIA PSIHOZELOR ENDOGENE

A. Müller
— *Aiud*

In ultimele decenii ale secolului nostru psihiatria a cunoscut o evoluție însemnată, în care cercetările genetice, biochimice, farmacologice, neurofiziologice și cibernetice au contribuit esențial la elucidarea cauzalității și terapiei bolilor psihice. Argumentele privind rolul factorilor somatici în etiologia psihozelor endogene se înmulțesc și se fundamentează științific, în acest fel așteptările psihiatriei clinice sînt cu totul îndreptățite de a vedea într-o zi cercetările de orientare biologică-medicală încununate de succes. Majoritatea psihiatrilor din întreaga lume, consideră psihopatologia schizofrenă rezultat al unei perturbări structurale cerebrale. Semnul întrebării așezat în locul somatozei schizofrene nu reflectă în nici un caz îndoiala asupra existenței însăși a procesului morbid, semnificînd doar necunoștința noastră referitoare la natura acestei boli. Cu toate că etiologia schizofrenă este neelucidată, ipoteza unei somatogeneze este bine fundamentată și tulbulrările psihice pe care le numim schizofrene sînt consecința uneia sau mai multor boli și devin manifeste sub influența multiplelor factori, geneza fiind complexă, multifactorială. Conținutul în sine al noțiunii de endogen rămîne pe mai departe discutabil și poate acoperi de la o categorie pur nosologică, o dispoziție constituțională-caracterogenă, un proces morbid concret sau o manifestare sindromologică a unei somatoze necunoscute. Cu toate că intră în discuție o serie de factori somatici nu putem determina în prezent o cauză cu caracter univoc, care să explice existența psihozei. Acest fapt justifică sub toate aspectele și cercetările, care se extind asupra diferitelor constelații psihosociale în care schizofrenia devine psihoză și care modelează tabloul psihopatologic în cursul evoluției procesului.

In decursul dezvoltării psihiatriei se constată și un interes crescînd pentru așa numita situație a oamenilor și prin aceasta pentru noțiunea de situație în psihiatrie. La aceasta contribuie doi factori principali. În primul rînd cercetările de cauzalitate arată că nu se pot stabili legături cauzale elementare, impunîndu-se admiterea unui fileu de relații complicate. În al doilea rînd tendința de a înțelege fenomenul de tulburare psihică tot mai bine a dus la studiul amănunțit al istoriei vieții individuale și a etapelor caracterstice a acesteia. Noțiunea de situație și analiza situației o întîlnim în literatura psihopatologică deja la începutul secolului nostru. În studiile clasice despre declanșarea sau provocarea psihozelor endogene se consideră o situație ceva din exterior sau vis a vis persoanei, față de care aceasta reacționează răspunzînd. Jaspers definește și o noțiune de situație sociogenă și anume totalitatea acelor determinante care semnifică contextul socio-cultural cu care persoana se află într-o continuă relație reciprocă. Psihopatologia și psihiatria au redus multă vreme noțiunea de situație, privind-o unilateral, mai ales autorii, care stăruie la alternativa rigidă exogen versus endogen. La E. Kretschmer întîlnim o perspectivă mai diferențiată, studiind în ansamblu dezvoltarea delirului sensitiv de relație, considerăm că în cazul unei situații poate fi vorba numai despre situația corespunzătoare individului, că în psihopatologie au importanță numai situațiile individual specifice, persoana își structurează pe de altă parte situația în funcția de zestrea psihopatologică. Ulterior a fost accentuată tot mai mult legătura între sitație și structura personală și Matussek spune că nu poate exista un stress general, în egală măsură semnificativ pentru toţi oamenii. Personalitatea şi situaţia apar ca două variante relativ independente, care sînt într-o referinţă reciprocă şi împletite. Situaţia nu este ceva numai din afară, dincolo de persoană cu care aceasta se poate aranja, o poate evita sau i se poate supune. Semnificaţia unei situaţii nu poate fi cunoscută şi înţeleasă fără cunoaşterea intimă a trăsăturilo ractuale şi în evoluţie ale personalităţii — în definitiv în strctura personală şi situativă sînt exprimate aceleaşi constante determinatorii.

Cu noţiunea de situaţie sociologică a fost introdusă în ultimul timp o dimensiune cu totul nouă în psihopatologie. În mijlocul interesului nu se mai află nici persoana, nici acel mediu exterior în care există persoana. Nu se mai caută tipizarea persoanei prin determinarea unor trăsături sau însuşiri caracteristice şi nici tipizarea situaţiilor în sensul unor constelaţii în esenţă supraindividuale, care pot fi descrise prezumtiv sau sigur ca factori patogeni sau patoplastici. În această perspectivă se consideră că o stare psihopatologică nu este o însuşire dobîndită sau preexistentă a persoanei, ci forma tulburărilor de relaţie a acesteia cu o altă persoană semnificativă pentru el. Fiecare simptom psihopatologic defineşte o situaţie de dezacord între persoanele în interacţiune. Aprecierea unei tulburări psihice are ca premiză cunoaşterea definiţiei situaţiei fiind important acel consens din situaţia socială, care în tulburarea sistemului relaţional a fost evident lezată. Trebuie ştiut într-o situaţie concretă care modele comportamentale sînt adecvate, care sînt legitime şi pentru ce anume. Se cercetează mai departe ce înţelegere deviantă din relaţie este exprimată în starea psihopatologică, ce dimensiuni are această deviaţie, dacă persoana întreprinde încercări de corectare şi dacă îi sînt date posibilităţile pentru aceasta, dacă sesizează momentele deviante ale relaţiei şi dacă nu, din ce cauză. Va fi analizat de asemenea comportamentul celorlalţi în această situaţie deviantă prin îmbolnăvirea unuia şi influenţa acestui comportament asupra evoluţiei ulterioare a modelului relaţional deviant.

Literatura psihiatrică reflectă pînă în zilele noastre o gamă largă de opinii privind atît modalitatea de acţiune a factorilor psihosociali, cît şi ponderea lor în balanţa etiologică a psihozelor schizofrene, la extremă situîndu-se exponenţi ai psihoanalizei şi sociopsihiatriei, care consideră psihozele endogene rept psihogenii respectiv socioze. Ei se bazează pe diferite modele particulare, cărora le conferă un caracter absolut şi ale căror erori comună, fundamentală este considerarea unor conexiuni ipotetice ca fenomene legice şi ignorarea oricărui fenomen sau adevăr care contravine acestui edificiu teoretic.

Au fost efectuate studii extinse în legătură cu diferite conflicte şi traume psihice, cu fenomenul de izolare din relaţiile interumane, cu apariţia schizofreniei în păturile sociale mai dezavantajate, la emigranţi, precum şi cercetări referitoare la aşa numita mamă schizofrenogenă, fără ca să se găsească fatcorul etiologic sau mecanismul etiopatogenetic convingător. Există o serie de argumente, care contravin unei ipoteze preponderente psihogenetice în schizofrenie. Traume psihice masive, ca războiul sau catastrofe economice nu ridică procentul de morbiditate al psihozei. Mecanismele conflictuale fine incriminate, se referă foarte frecvent la situaţii umane atît de ubicvitare, încît ar justifica întrebarea de ce anume se îmbolnăvesc aşa de puţine persoane de schizofrenie.

Sînt descrise numeroase cazuri de schizofrenie, care au debutat în situaţii negative de extremă brutalitate (război, lagăre de concentrare etc.), dar caracterul monocauzal al acestui stress este incert şi ne duce la o perspectivă etiologică cu totul simplistă. Se poate vorbi, cel mult, despre o situaţie co-responsabilă în declanşarea unei psihoze, cînd o persoană iniţial relativ bine adaptată, suferă prin acest stress o lezare de durată a integrităţii nucleului personalităţii sau a securităţii interumane şi nu a mai realizat o adaptare stabilă la consecinţele acesteia pînă la pariţia psihozei. Nesiguranţa profundă vitală, împreună cu o situaţie de izolare şi concomitenta prbuşire a lumii exterioare este considerată, într-o anumită viziune, ca factorul cu cel mai profund defect, mai ales dacă survine la o personalitate tînără, insuficient integrată.

Izolarea socială, cu referinţe la procentul mare al persoanelor necăsătorite sau divorţate între schizofreni este incriminată foarte frecvent ca factor etiologic important. Există însă şi aici incertitudinea privind cauza sau consecinţa predispoziţiei schizofrene. Aceasta este dealtfel valabil şi pentru acele cazuri în care o legătură sentimentală eşuată sau o dizarmonie canjugală se află într-o referinţă temporală strînsă cu apariţia psihozei. Se constată o frecvenţă crescută a schizofreniei între emigranţi. Autorii danezi găsesc însă, că tocmai personalitatea preschizofrenă predispune la emigrare. Faptul că mamele bolnavilor schizofreni suferă într-o proporţie dublă de aceeaşi boală faţă de taţii lor, nu este neapărat un argument în favoarea teoriei psihogenetice, ci în primul rînd un fenomen de selecţie, avînd în vedere că femeile schizofrene au un număr cu mult mai mare de copii, deci şi copii schizofreni, faţă de bărbaţii schizofreni.

Numeroase cercetări din diferite ţări arată că schizofrenia apare la o populaţie urbană mai frecvent în păturile sociale cu o pregătire profesională inferioară. Dar nici aceste concluzii nu permit consideraţiuni etiologice. Atît ipoteza „Drift“ (persoanele schizofrene coboară în ierarhia socială numai după îmbolnăvire), cît şi pentru ipoteza „Breeder“ (condiţiile sociale şi economice nefavorabile, sumarea factorilor stressanţi şi capacitatea scăzută de compensare a straturilor sociale inferioare, cauzează mai frecvent stări de dezorganizare psihotică) există argumente prea puţin diferenţiate.

În ultimii ani, pornind de la observaţiile lui Bateson, Lids şi Wynne, cercetătorii încearcă să evalueze statistic modelele de comunicare tulburate în familiile schizofrenilor. Dar diferitele variante şi deficite de comunicare între părinţi şi copii nu permit o interpretare cauzală nici în acele cazuri unde acestea au existat în mod evident înaintea declanşării stării psihotice.

Este deosebit de dificil de a măsura şi conceptualiza dinamica interacţiunilor familiale. Modificările rapide, suprapunerile trecutului cu prezentul, imposibilitatea de cuantificare ale interacțiunilor nonverbale, împreună cu alți factori, fac ca rezultatul acestor cercetări să fie doar aproximativ. Se poate cu greu refuza obiecțiunea în sensul căreia cercetările experimentale privind interacțiunile familiale ar descrie numai suprafața unui fenomen cu determinări genetice. Se confirmă în diferite studii că aceiași bolnavi schizofreni care au avut înainte de psihoză trăsături schizoide au avut și condiții precare familiale în copilărie. Despărțirea de unul sau de cei doi părinți prin decesul lor sau pierderea contactului cu ei prin divorț, nu se adeverește ca factor tiologic semnificativ. În general se constată la 30% dintre schizofreni, existența unor situații traumatizante în anul debutului psihozei, dar lipsa de specificitate a acestor momente nu permite nici cele mai vagi aluzii referitoare la motivul îmbolnăvirii lor tocmai de schizofrenie. Interpretarea simptomatologiei schizofrene specifice ca delirul, tulburările de percepție, afective, de expresie, precum și cele de gîndire, ca o manifestare patologică numai a unor relații interpersonale, rămîne neverosimilă. Întrebarea, în ce măsură atmosfera din mediu reprezintă o condiție în lipsa căreia boala nu s-ar fi manifestat, nu poate fi nici în prezent confirmată sau infirmată. Natura influențelor situative și modalitatea în care acestea se îmbină cu personalitatea în vederea unei constelații de existență psihotică, precum și calea de aici la endochinezia psihozei sînt prea puțin obiectivate în cadrul complexului etiopatogenetic al schizofreniei.

Zerbin-Rüdin presupune o bază somatică mai mult de natură funcțională, decît structurală și consideră interacțiunea dispoziție — mediu de o importanță covîrșitoare, chiar dacă nu este clarificată El arată că nici cercetările pe gemeni nu pot aduce argumente pentru rolul solitar al predispoziției în etiologia schizofreniei.

Leonhard încearcă o diferențiere a schizofreniilor determinate preponderent genetic, de acelea în care factorul etiologic principal este de natură psihosocială. El găsește că în cadrul schizofreniilor nesistematizate și în primul rînd în catatonia periodică, factorii genetici sînt predominenți. Pe de altă parte, la schizofreniile sistematizate există puține argumente pentru o geneză ereditară, cu toate că aceste forme de schizofrenie se disting printr-o evoluție mai gravă. Cercetările efectuate pe un număr mai mare de schizofreni au demonstrat că în formele sistematizate lipsa contactului interpersonal în cursul evoluției personalității a jucat un rol important în condiționarea bolii. Pe de altă parte găsește că în psihozele de motilitate o stimulare exagerată în copilărie a avut un caracter nociv, morbigen. Cercetările recente și ale altor autori demonstrează că în diferitele forme de schizofrenie rolul factorilor genetici și sociali nu este același.

Dacă rolul factorilor psihosociali în etiologia schizofreniei rămîne pe mai departe neclarificat și controversat, observațiile referitoare la influența mediului asupra evoluției și prognosticului procesului psihotic permit concluzii care depășesc cadrul teoretic și au o serie de consecințe practice în dezvoltarea psihiatriei de orientare reabilitativă.

Cei mai mulți psihiatrii cunosc și recunosc importanța noxelor spihosociale în apariția recidivelor puseelor acute, precum și rolul unor condiții de mediu, care intervin în evoluția bolii. În tabloul psihopatologic al unei schizofrenii cronice se caută tot mai diferențiat care este în fond consecința procesului morbid și care este un artefact al instituționalizării. Wing demonstrează că prea multă stimulare (overstimulation) în cadrul activității psiho sau socioterapeutice, respectiv prin membrii de familie sau alte persoane de referință, poate cauza o activare a conflictelor intrapsihice și distrugerea mecanismelor de apărare. Apar simptome productive, chiar de intensitatea unei psihoze acute. Un minimum de stimulare (under stimulation) provoacă fenomene de regresiune pînă la o totală izolare. Terapia reabilitativă trebuie să se bazeze pe aceste considerente „de prea mult și prea puțin“, atît în activarea, cît și în protejarea bolnavului. Influențarea simptomatologiei productive cu o medicație neuroleptică de durată are în această perspectivă și efecte nedorite. În timp ce reducerea tensiunii intrapsihice și a motricității este salutară, dezvoltarea simptomatologiei negative este parțial nedorită, împiedicînd tentativele de restructurare ale bolnavului. Wing elaborează conceptul „handicapului secundar“, care se dezvoltă datorită instituționalizării bolnavului și se manifestă printr-o sărăcire afectivă, a limbajului și autism. Aceste fenomene apar la unii încă în prima perioadă a internării, de unde reiese importanța aplicării unor metode psiho și socioterapeutice, încă din această perioadă. Alți autori britanici găsesc că recidivele apărute după externarea bolnavilor sînt cu mult mai frecvente, dacă aceștia se reîntorc în familii cu un angajament emoțional ridicat.

Cercetările social-psihiatrice din ultimul deceniu avertizează asupra exclusivității tratamentului medicamentos, avînd în vedere simplitatea relativă a aplicării farmacoterapiei, prin care persoana bolnavă devine lipsită de probleme, ușor de spitalizat și transformată într-un instrument docil al aparatului clinic. Boala psihică generează în interrelația persoană și societate tulburări și reacții foarte complicate. Strategia terapeutică cuprinde și o activitate medicală și una socială organizată, care are în vedere și estomparea relațiilor neadecvate de ambele părți și reapropierea bolnavului de societate.

Acestea sînt criterii care nu mai pot fi omise de o psihiatrie modernă, pragmatică și reabilitativă. Aplicarea lor nu este ușoară și solicită nu numai reforme organizatorice, dar și un angajament deosebit al psihiatrilor, pentru că, așa cum spune Wing „deși principiile noastre sînt științifice, aplicarea lor rămîne o artă“.

Recent resarch in genetics, biochemistry, pharmacology, neuro-physiology and cibernetics have largely contributed to explain the causes and terapy of psychic deseases. The majority of psychiatrists in the world consider now schizophrenia the result of a structural brain disturbance and the consquence of one or more deseases which bexome manifest under the influence of a multitude of factors. In recent years psycho-social research has brought about important elements concerning the framework whithin which schizophrenie becomes psychosis and influences its psycho-patologic landscape.

Works on pscho-oscial environment of the deseased have the notion of siutation, that, in the evolution of

psychiatry has been given differant meanings, from the description of the psycho-social environmental factors to the concept of situation, which has been closely inter-related to features of personality. Lately, in a new socio-psychiatric perspective, the situation refers to different patterns of disagreement among persons in inter-action and disturbances within an inter-personal system of relationships.

A larger number of studies has been made on psychic traumata, conflictual situations, the phenomenon of isolation in inter-human relationship, on the autbreak of schizophrenia in desadvantaged social strata, and at the emigrants, also on the schizophrenogenic mother, which have not revealed an etiological factor or a conclusive etio-patogenetic mechanism.

Starting from data of English and American research workess different models of disturbed communication in schizophrenic families were elaborated and were described models and typical lack-communications between parents and children. Even these studies do not allow a causal interpretation, not even in those cases where deviated communication had obvionsly existed before the psychotic state started.

Some autohrs make a nosological distincion between schizophrenia determined preponderantly genetic and th eschizophrenia in which the main etiological factor is of psycho-social nature. Though the part of psycho-social factors in the etiology of schizofrenia is still uncertain, studies referring to the influence of the environment on the evolution and prognostication of the psychotic process allow both theoretical and practical conclusions important for the psychatry of recovery.

PROBLEME ALE APĂRĂRII SĂNĂTĂŢII MINTALE ÎN MEDIUL STUDENŢESC

V. Chiriţă, I. Turcu
— Bacău

Preocuparea pentru problematica apărării sănătăţii mintale în mediul studenţesc a determinat iniţierea unui studiu longitudinal la Institutul de Învăţămînt Superior din Bacău în directă colaborare cu dispensarul medical şi cadrele didactice ale institutului.

Cercetarea noastră, începută în anul 1975 la studenţii din anul I al celor trei facultăţi ale institutului — educaţie fizică, matematică-fizică şi filologie (engleză-franceză), deci trei facultăţi cu profil de muncă şi studiu diferit, a urmărit această promoţie an de an pînă la terminarea studiilor. Pentru cuprinderea tuturor aspectelor şi evitarea pe cît posibil a erorilor s-a stabilit următorul plan de lucru: 1. Avizarea şi punerea în temă a medicului institutului de planul şi intenţiile noastre pentru a urmări în mod deosebit şi a înregistra corect patologia psihică şi pentru cooptarea acestuia în echipa noastră. 2. Analiza fişelor de sănătate ale studenţilor existente la cabinetul medical în scopul selectării cazurilor de studenţi în evidenţă cu tulburări psihice, depistaţi fie de medicul de medicină generală fie de specialistul psihiatru din laboratorul de sănătate mintală. 3. Verificarea prin consultaţii de specialitate a corectitudinii diagnosticului. 4. Înregistrarea şi observarea în tot cursul anilor de studiu a cazurilor de demodulări şi tulburări psihice nou apărute. 5. Investigaţia psihologică prin aplicare de teste şi chestionare în scopul completării examinării psihiatrice. 6. Studierea dosarelor studenţilor ce au prezentat tulburări psihice, în scopul determinării mai exacte a cauzelor de risc şi eşec adaptativ, a coroborării cu toate cauzele posibile, inclusiv cele din mediul familial. 7. Urmărirea evoluţiei în timp a cazurilor de îmbolnăvire în paralel cu aplicarea planurilor terapeutice şi a măsurilor de profilaxie.

Analiza globală a morbidităţii psihice în dinamica anilor de studii la cele trei facultăţi ale institutului supuse observaţiei noastre, înregistrînd cazurile noi de îmbolnăvire apărute în fiecare an, a relevat în structura epidemiologică prezenţa de sindroame de suprasolicitare, reacţii nevrotice şi sindroame nevrotice.

Astfel în anul I de studiu, promoţia 1975—1976 la un total de 107 studenţi, dintre care 39 de sex masculin şi 68 de sex feminin, s-au depistat 9 cazuri noi de îmbolnăvire reprezentînd un indice de 8,41 % dintre care 1 de sex masculin şi 8 de sex feminin, respectiv 0,94 % şi 7,47 %, în grupa de vîrstă 20—24 ani; după mediul de provenienţă 8 cazuri provin din mediul urban şi 1 caz din mediul rural. Defalcat pe facultăţi situaţia se prezintă în modul următor:

Facultatea de educaţie fizică: total studenţi 51, dintre care 28 de sex masculin şi 23 de sex feminin, cazuri noi 4, reprezentînd un indice de îmbolnăvire de 7,84 %, dintre care 1 de sex masculin şi 3 de sex feminin, respectiv 1,96 % şi 5,88 %; grupa de vîrstă a fost cuprinsă între 20—24 ani, toate cazurile provenind din mediul urban.

Facultatea de matematică-fizică: total studenţi 31, dintre care 9 de sex masculin şi 22 de sex feminin, cazuri noi 2, ambele de sex masculin, reprezentînd un indice de 6,45 % în grupa de vîrstă 20—21 ani; după mediul de provenienţă 1 caz din mediul urban şi 1 caz din mediul rural.

Facultatea de filologie: total studenţi 25, dintre care 2 de sex masculin şi 25 de sex feminin, cazuri noi 3, toate de sex feminin, reprezentînd un indice de 12 %, în grupa de vîrstă 22—23 ani; provenienţa cazurilor în totalitate din mediul urban.

În anul II de studiu, respectiv 1976—1977, la un total de 104 studenţi, 37 de sex masculin şi 67 de sex feminin s-au depistat 8 cazuri noi de îmbolnăvire, reprezentînd un indice de 7,69 %, dintre care 3 de sex masculin şi 5 de sex feminin, respectiv 2,88 şi 4,80%, în grupa de vîrstă 20—25 ani; după mediul de provenienţă 7 cazuri provin din urban şi 1 caz din rural. Defalcat pe facultăţi obţinem următoarea situaţie:

Facultatea de educaţie fizică: total studenţi 49, dintre care 28 de sex masculin şi 21 de sex feminin, cazuri noi 3, reprezentînd un indice de 6,12 %, dintre care 1 caz de sex masculin şi 2 de sex feminin, respectiv 2,04 % şi 4,08 %, în grupa de vîrstă 22—25 ani; toate cazurile provin din mediul urban.

Facultatea de matematică-fizică : total studenți 30, dintre care 7 de sex masculin și 23 de sex feminin, cazuri noi 2, 1 de sex masculin și 1 de sex feminin ; indice de îmbolnăvire 6,66%, cu repartiție egală pe sexe ; grupa de vîrstă 20—24 ani ; mediul de proveniență 1 caz din urban și 1 caz din rural.

Facultatea de filologie : total studenți 25, dintre care 2 de sex masculin și 23 de sex feminin, cazuri noi 3, reprezentînd un indice de 12 %, dintre care 1 caz de sex masculin și 2 cazuri de sex feminin, respectiv 4 % și 8 % în grupa de vîrstă 22—25 ani ; toate cazurile provin din mediul urban.

În anul III de studiu, respectiv 1977—1978, la un total de 98 studenți, 35 de sex masculin și 63 de sex feminin s-au depistat 3 cazuri noi, reprezentînd un indice de 3,06 %, dintre care 1 caz de sex masculin și 2 cazuri de sex feminin, respectiv 1,02% și 2,04%, în grupa de vîrstă 21—25 ani, toate cazurile provenind din mediul urban. Pe facultăți :

Facultatea de educație fizică : total studenți 48, dintre care 28 de sex masculin și 20 de sex feminin, un caz nou de îmbolnăvire de sex feminin, reprezentînd un indice de 2,08%, vîrsta de 23 ani, provenit din mediul urban.

Facultatea de matematică-fizică : total studenți 28, dintre care 5 de sex masculin și 23 de sex feminin, 1 caz de sex feminin reprezentînd un indice de 3,57% ; vîrsta de 21 ani, provenit din urban.

Facultatea de filologie : total studenți 22, dintre care 2 de sex masculin și 20 de sex feminin, un caz nou de sex masculin, reprezentînd un indice de 4,54% ; vîrsta 25 ani, provenit din urban.

Examinarea medicală a studenților a fost completată în cursul anului III de studiu, de o investigație psihologică complexă ce a urmărit, pe lîngă obținerea de date suplimentare în sprijinul diagnosticării clinice, stabilirea cu un anumit grad de probabilitate a factorilor din constelația-psihologică favorabili instalării eșecului adaptativ la acei studenți cu un grad mai scăzut de adaptabilitate. Pe lîngă teste și chestionare psihologice s-a utilizat și o fișă bio-psiho-socială, utilă în culegerea unor date individuale de ordin biologic, psihologic și socio-familial.

Analiza și cumularea rezultatelor obținute a relevat ca semnificative fenomene dezadaptative prin suprasolicitare și fenomenologie de tip nevrotic la 15% din studenții facultății de filologie, la 13 % din studenții facultății de matematică-fizică și la numai 3% din studenții facultății de educație fizică, date care apar concordante cu rezultatele examinării clinice.

Fenomene marginale, de intensitate mai scăzută, cu valori mai mari la unele din teste și valori mai mici la celelalte s-au depistat după cum urmează : — 40 % la studenții facultății de filologie ; — 20 % la studenții facultății de matematică-fizică ; — 10,9% la studenții facultății de educație fizică.

S-au relevat de asemeni fenomene de tip pasager, fără semnificație deosebită, dar care în anumite contexte generatoare de reacții psiho-conflictuale pot să se permanentizeze, să se accestueze : — reacții emotive, iritabilitate, impulsivitate ușoară : 49,1% la studenții facultății de filologie ; 32,6% la studenții facultății de matematică-fizică ; 47% la studenții facultății de educație fizică ; — dificultăți în concentrarea atenției, decizii și hotărîri întîrziate, flexibilitate mintală cu randament ușor scăzut : 36% la studenții facultății de filologie ; 15,3% la studenții facultății de matematică-fizică ; 9,3% la studenții facultății de educație fizică.

În paralel cu depistarea cazurilor de tulburări și demodulări psihice și acordarea asistenței curative indicate pentru fiecare caz în parte s-a procedat la o analiză amănunțită și detaliată în scopul determinării cauzelor acestor fenomene, al aprecierii factorilor de risc în adaptarea studenților în procesul de învățămînt. Cercetînd dosarele acestor studenți s-a constatat, din diplomele de bacalaureat, că marea majoritate au obținut în timpul studiilor liceale și la examenul de bacalaureat rezultate mediocre sau slabe la învățătură și au intrat la facultate după un interval de 1—4 ani după ce au încercat intrarea la alte facultăți de profil diferit, ceea ce ridică și problema aptitudinilor și înclinațiilor pentru aceste facultăți precum și a motivației calificării în profesiunea conferită după terminarea studiilor, rămînînd deschisă problema orientării școlar-profesionale. Se constată de asemeni că marea majoritate provin din mediul urban, proporția fiind de 90 % față de 10 % din mediul rural și din familii cu situație economică bună și foarte bună, într-un număr redus de cazuri existînd situații conflictuale în familie sau decesul unuia din părinți. Patologia menționată în cazurile studiate și care reprezintă cazuri noi luate în evidență afectează preponderent sexul feminin în comparație cu sexul masculin, cuprinzînd grupa de vîrstă cu limita între 20—25 ani.

Analiza situației rezultatelor obținute la învățătură a condus la observația că studenții ce au prezentat tulburările psihice menționate pot fi împărțiți în două categorii : unii, cei mai mulți, cu rezultate slabe sau mediocre în timpul anilor de studii, care au depus eforturi considerabile și în salturi pentru a se menține în competiție și alții, mai puțini, cu rezultate foarte bune la învățătură al căror efort s-a îndreptat spre menținerea poziției de fruntaș (un caz chiar de bursă republicană). Totodată s-au putut consemna aspecte de folosire inadecvată a timpului liber, munca în salt în preajma sesiunilor și mai ales în timpul sesiunii cu mărirea bruscă a numărului de ore afectat studiului individual în dauna orelor de somn și odihnă, absențe repetate de la cursuri și seminarii, nepregătirea în mod continuu a orelor de seminar, limitarea interesului pentru pregătirea profesională doar în vederea obținerii unor note de trecere.

Cercetarea noastră relevă, analizînd cazurile de îmbolnăvire, frecvența mai mare a sindroamelor de suprasolicitare, reacțiilor și sindroamelor nevrotice în primul an de facultate, scăderea ușoară sau menținerea la același nivel în anul al II-lea și scăderea evidentă în anul al III-lea de studiu, evoluție care reliefează elocvent procesul de adaptare la exigențele procesului de învățămînt, la condițiile și cerințele unui mediu nou de muncă și viață diferit de existența anterioară. Dacă pe totalul studenților institutului în anul I s-a găsit un indice de îmbolnăvire prin cazurile noi luate în evidenţă de 8,41%, în anul II acesta scade uşor la 7,69%, iar în anul III la 3,06%. La facultatea de educaţie fizică indicele de îmbolnăvire scade de la 7,84% în primul an la 6,12% în al II-lea an şi la 2,08% în al III-lea an de studiu. La facultatea de matematică-fizică găsim în primul an un indice de 6,45% care creşte uşor în al II-lea an la 6,66% pentru ca să scadă în al III-lea an la 3,57%. La facultatea de filologie în primul an indicele este de 12%, se menţine la aceeaşi valoare în al II-lea an şi scade la 4,54% în al III-lea an.

Dacă la facultăţile de educaţie fizică şi matematică-fizică indicii de îmbolnăvire sînt apropiaţi ca valoare, la facultatea de filologie ei sînt mai ridicaţi fapt explicat şi prin profilul facultăţii care necesită afectarea unui număr mai mare de ore studiului individual cu parcurgerea unui vast material bibliografic, efortul intens de memorare de multe ori mecanică a cursurilor, dificultăţile legate de însuşirea celor două limbi străine, franceza şi engleza, numărul mai mare de ore pe săptămînă, aglomerarea cursurilor şi orelor de seminar. Efortul de învăţare propriu zis este compensat la facultatea de educaţie fizică, în special de practicarea jocurilor sportive sau a sportului de performanţă, fapt care contribuie ca în final aici să se realizeze cel mai mic indice de îmbolnăvire. În orice caz se poate observa că studenţii se adaptează în mod diferit la cerinţele şi exigenţele muncii intelectuale în funcţie de particularităţile lor psihice şi de natura facultăţii respective, factorii de risc adaptativ fiind diferiţi de la o facultate la alta în funcţie de profilul acesteia şi de aptitudinile studenţilor. Marea majoritate a studenţilor depăşesc dificultăţile ridicate de studiu în general, existînd şi posibilitatea unui eşec de adaptare relevat prin tulburări şi demodulări psihice, repetenţie, abandonarea cursurilor sau exmatricularea.

O încercare de sistematizare a factorilor de risc şi a cauzelor de eşec adaptativ în integrarea în învăţămîntul superior apare dificilă dat fiind complexitatea lor, totuşi dintre aceştia reţinem în mod deosebit pe cei mai frecvent incriminaţi : — supraîncărcarea programului de cursuri şi seminarii; aglomerarea orarului săptămînal cu distribuirea inegală pe zile a orelor de activitate ; — schimbarea orarului cu perturbarea stereotipurilor dinamice formate ; — folosirea inadecvată a timpului liber şi munca în salt cu alternanţa nejudicioasă a ritmului odihnă-somn-activitate ; — efortul psiho-intelectual intens pentru promovarea examenelor sau pentru obţinerea unor note maxime ; — metodele defectuoase de studiu individual, mai ales în primii ani de studiu ; — labilitatea psiho-emoţională cu dificultăţi în concentrarea şi susţinerea atenţiei, anumite structuri de personalitate cu grad scăzut de adaptare ; — indisciplină şi absenţă nemotivată de la seminarii şi cursuri, crearea de stări tensionale, psihoconflictuale în relaţiile dintre colegi sau în relaţia profesor-student ; — sarcini şi activităţi extraşcolare care nu stimulează interesul studenţilor şi determină o participare formală ; — influenţa negativă a unor factori din mediul psiho-familial sau psiho-social ; — nivelul slab sau mediocru al pregătirii în timpul studiilor liceale ca şi intervalul mai mare de la absolvirea liceului pînă la intrarea în facultate ; — tendinţele existente încă la unii tineri de a face o facultate indiferent de aptitudini, posibilităţi şi înclinaţii, în scopul dobîndirii unei diplome universitare ; — lipsa unei activităţi sistematice şi susţinute de orientare şcolar-profesională în timpul şcolarităţii ; — lipsa unor noţiuni de igienă mintală şi educativ-sanitare.

Preocuparea pentru problematica sănătăţii mintale în mediul studenţesc ne-a condus astfel la cunoaşterea epidemiologiei îmbolnăvirilor psihice în dinamica anilor de studiu şi la evidenţierea factorilor de risc şi a cauzelor de eşec adaptativ, dar totodată şi la o estimare, aplicare şi dezvoltare programatică a posibilităţilor de rezolvare profilactico-curativă a patologiei psihice prin optimizarea colaborării specialistului psihiatru din cadrul laboratorului de sănătate mintală cu medicul de medicină generală şi cadrele medii, cu cadrele didactice şi de conducere.

The effectuation of a longitudinal investigation in a Higher Education Institute in the problem of mental health has permitted to make evident the elements of risk and failure to adaptation and the knowledge of epidemiology of psychic demodulations along the years of investigation in parallel with the adaption and application of the most adequate prophylactic and curative measures. In the same time, it shows necessary the collaboration of MHL with the system of general medicine and the institutional staff in an activity with a functional feature in order to comprise and solve all the problems of defend and promotion of mental health for the achievement of the desideratum of integration and adaptation of the students to the exacting educational process.

CONSIDERAŢII ASUPRA TRATAMENTULUI PSIHOZELOR POST PARTUM

T. P. Friedman
— *Tîrnăveni*

Puerperalitatea constituie un factor psihofiziologic de echilibrare şi de împlinire a personalităţii feminine. realizîndu-se prin ea veriga care leagă două generaţii. una din menirile de bază ale femeii în societate. Efectele corectoare ale maternităţii asupra comportamentului şi asupra temperamentului sînt unanim cunoscute. În mod excepţional puerperalitatea poate însă conntitui prin complexitatea ei plurifactorială substratul favorizant ori chiar determinant al apariţiei unor psihosindroame care sînt diferite ca semnificaţie etiopatogenică cît şi ca evoluţie clinică.

In perioada gravidităţii, naşterii şi a lehuziei pot apare trei categorii de tulburări psihice : Psihosindroamele de tip nevrotic; de tip psihopatic şi psihosindroame psihotice.

Primele două categori beneficiază de un tratament ambulator, care induce adesea ameliorări importante pînă la dispariţia simptomatologiei, aşa încît rar ajung a fi internate iar formele uşoare nici nu ajung uneori pînă la nivelul cabinetului de psihiatrie. Ele sînt uneori rezolvate de reţeaua de medicină generală ori de cea de obstetrică.

Psihosindroamele psihotice îmbracă însă un caracter dramatic care este cu atît mai pronunţat cu cît ele survin pe terenul unor personalităţi pînă atunci indemne. Criza psihologică legată de naştere şi alăptare poate duce la reactualizarea unor vechi conflicte, considerate de mult stinse, la evidenţierea unor tendinţe opuse şi a unor anxietăţi mascate. Naşterea şi lehuzia reprezintă perioade de suprasolicitare psihică şi fizică a femeii, cerînd din partea ei eforturi adaptative în plus, care scad rezistenţa nervoasă şi deschid astfel o breşă favorabilă psihozei. Raportate la momentul naşterii ele se împart în trei categorii: psihozele de gestaţie, psihozele post-partum şi psihozele alăptării tardive. Datorită faptului că sarcina exercită un fel de rol protector faţă de manifestările psihotice, psihozele post-partum apar de aproximativ zece ori mai frecvent decît cele din perioada de gestaţie.

Din punct de vedere sindromologic manifestările psihotice legate de maternitate pot îmbrăca aspectul unor stări confuzionale, stări delirante acute, stări afective ori stări schizofreniforme.

Stările confuzionale debutează brusc în primele două săptămîni de la naşterea printr-o fenomenologie clinică nevrotiformă care este însă repede invadată de către manifestările confuzionale. Conţinutul halucinaţiilor este terifiant conferind bolnavei o stare de anxietate explicabilă. Bolnava trece succesiv prin stări de perplexitate şi stări terifiant anxioase.

Stările delirante se însoţesc de fenomene de depersonalizare şi de derealizare. Bolnava trăieşte din plin şi în mod dramatic conţinutul ideilor sale delirante de persecuţie, prejudiciu ori negaţie.

Stările depresive se instalează treptat fiind precedate de insomnii, obsesii, anxietate şi de o durere morală progresivă. Mai tîrziu anxietatea se accentuează şi îşi fac apariţia şi ideile delirante micromaniacale care sînt focalizate asupra evenimentului maternităţiş. Frecvente sînt la aceste bolnave ideile de autoliză, suicidul precum şi infanticidul.

Stările schizofreniforme se caracterizează prin idei delirante organizate, atitudini bizare, impulsivitate şi agresivitate, manifestări care sînt dictate de către conţinutul neprielnic de persecuţie, influenţă, gelozie şi hipohondriac al doxasmelor.

Complexitatea etiopatogenică a tulburărilor psihice gravidopuerperale au sugerat şi o mare variabilitate a măsurilor terapeutice. Privitor la etiopatogenia psihozelor legate de maternitate există la ora actuală mai multe teorii. Fiecare din aceste teorii îşi are fireşte corolarul său terapeutic într-o conformitate uneori univocă.

Teoriile care preconizează că la baza bolii se află dezechilibrul hormonal au impus o serie de tratamente opoterapeutice sau substitutive cu hormoni specifici. După alte teorii psihozele post partum ar fi determinate de o defectivitate în restabilirea circuitului hipofizoovarian datorită tulburărilor de regenerare a mucoasei uterine (metroza de receptivitate descrisă de Moricard). După opinia acestor autori chiuretajul endometrului ar restabili receptivitatea uterină cea ce induce consecutiv o remitere a psihozei. În cazul bolnavelor care prezintă resturi placentare organizate rezultatul unui chiuretaj este spectacular remisiunea psihozei obţinîndu-se în decurs de cîteva zile. În celelalte cazuri însă rezultatele au fost sub aşteptări. Teoria infecţioasă a impus tratamentul antibiotic. În lipsa semnelor evidente de infecţie un astfel de tratament rămîne însă fără eficacitate. Teoria toxemică a atras atenţia asupra necesităţii reechilibrării hidroelectrolitice. În cazul prezenţei unor astfel de tulburări rezultate unei reechilibrări nu întîrzie să se arate manifestîndu-se prin semnificative ameliorări. În lipsa unor tulburări hidroelectrolitice aceste tratamente rămîn fără de finalitate.

Din toate formele de terapie cele zise „psihiatrice" par a fi acreditate cu cele mai mari şanse de succes. Este recomandată administrarea medicamentelor psihotrope cu spectru larg de acţiune: fenotiazine şi butirofenone, iar în cazul bolnavelor cu o simptomatologie depresivă antidepresive asociate cu neuroleptice anxiolitice. Foarte mulţi autori recomandă în psihozele gravidice tratamentul electroconvulsivant chiar şi antepartum considerîndu-se că electroşocurile pot fi indicate şi sînt perfect tolerate pe toată durata sarcinii (Michaux 1965), atît de mamă cît şi de făt. În perioada post partum T.E.C. îşi exercită efectul strict doar asupra mamei, deci nu există nici contraindicaţia periclitării vieţii fetale. În cadrul tratamentului electroconvulsivant se efectuează mai multe şedinţe de seismoterapie, ţinînd seama de specificul şi de reactivitatea cazului. Tot ansamblul de măsuri terapeutice va fi acompaniat de o psihoterapie energică şi susţinută adecvată formei cît şi fazei evolutive a bolii.

În cadrul Spitalului orăşenesc Tîrnăveni jud. Mureş am aplicat sistematic în cazul psihozelor post partum tratamentul cu electroşocuri cumulate, efectuînd un număr de 4 pînă la 8 şedinţe în total. Acest tratament a dus în toate cazurile la sistarea completă a simptomatologiei psihotice în decurs de 4 pînă la 6 zile. Tratamentul electroconvulsivant a fost însoţit de o ablactare combinată (estrogeni şi diuretice). După obţinerea apaliei frontale am instituit tratament medicamentos psihotrop cu Trifluoperazin, iar în cîteva cazuri cu Tioridazin în doze antipsihotice mijlocii. Tratamentul medicamentos psihotrop se continuă după externare timp de trei luni cu aceeaşi doză şi încă alte trei luni cu jumătate din doza iniţială. Rezultatele imediate au fost foarte bune, chiar spectaculare. Bolnavele s-au externat complet asimptomatice ori paucisimptomatice. Cîteva au prezentat timp de două—trei luni după externare a simptomatologie de intensitate nevrotică cu elemente cenestopate ori anxioase. Din materialul de bolnave care s-au aflat sub tratament toate şi-au reluat după terminarea concediului de maternitate activitatea lor productivă anterioară. Bolnavele tratate nu au mai prezentat recidive, majoritatea fiind urmărite pe durate de doi pînă la cinci ani.

Avînd în vedere rezultatele încurajatoare menţionate mai sus propun extinderea acestei conduite terapeutice şi la nivelul altor unităţi sanitare, precum şi estimarea rezultatelor sale la o viitoare reuniune care ar putea fi eventual axată pe problematica psihozelor gravidopuerperale.

The author enumerates succinctly the data furnished by the literature about the psychic disturbances with a psychotic character that appear connected to the motherhood. He insists on the psychosis post partum which represents the form of psychosis with the greatest incident.

By mentioning the diverse forms of therapy that are suggested the author underlines the psychiatrical therapeutics wich seem to be accredited with the greattest chanses of success.

At the end of the work it is described the therapy adopted in the Townhospital of Tîrnăveni which concerning the authors opinion has great chanses to induce remedies of good quality.

The autor suggests the extension of this conduct and the assessment of its results on a future meeting eventually based on this problem.

CONTRIBUŢII LA STUDIUL CLINIC AL EFECTELOR TERAPEUTICE OBŢINUTE CU SOLUŢII NATURALE HIDROELECTROLITICE COMPLEXE

P. Brânzei, V. Chiriţă, P. Boişteanu, G. Zichil, Maria Cuţu
— *Iaşi*

Datele actuale de farmacologie precizează, clinic şi experimental, rolul electroliţilor în funcţionarea normală a organismului, în funcţia de osmoză, în repartiţia apei în organism, în menţinerea constantă a PH-ului, importanţa lor în fenomenele organice de membrană şi în procesele metabolice celulare ca şi efectul sedativ al unor ioni asupra SNC şi a sistemului neuro-muscular. Mai recent se discută efectul „normotimizant“ al litiului care acţionează asupra monoaminelor cerebrale, asupra funcţiei corticosuprarenaliene, conţinutului total al apei în organism ca şi asupra metabolismului intermediar al glucidelor, al acizilor aminaţi şi fosfolipidelor, concepîndu-se că prezenţa ionilor de litiu în creer contribuie la stabilirea funcţiilor tributare a structurilor moleculare particulare unde intervin proteinele, apa şi electroliţii. Corelarea acestor observaţii cu concepţia determinist-ştiinţifică a şcolii de psihiatrie de la Socola care consideră că nu este posibilă existenţa tulburărilor psihice „sine materia“ a condus la ideea (P. Brânzei) administrării unor soluţii naturale hidroelectrolitice complexe în afecţiuni psihice.

Pornind de la experienţa clinicii psihosomatice a spitalului clinic de psihiatrie Socola, în cadrul preocupării pentru o abordare terapeutică etio-patogenică a bolilor psihice, s-a analizat posibilitatea administrării unei soluţii hidroelectrolitice preparată în laboratoarele spitalului din apă minerală de la izvorul 1 bis Slănic Moldova cu următoarea compoziţie chimică stabilită încă din anul 1970 de ISPIF Bucureşti : cloruri 3 239,50 mg/l, bromuri 0,10 mg/l, ioduri 0,30 mg/l, azotate 0,09 mg/l, sulfaţi 10,70 mg/l, fosfaţi 1,20 mg/l, bicarbonaţi 982,50 mg/l, Na^+ 2 325,20 mg/l, K^+ 112,80 mg/l, Li^+ 0,10 mg/l, amoniu 8,10 mg/, Ca^{++} 52,10 mg/l, Mg^{++} 14 mg/l, Fe^{++} urme, Al^{+++} 0,90 mg/l, acid metanolic 22,60 mg/l, CO_2 liber 898 mg/l, H_2S 11 mg/l, mineralizare totală 7 743,2 mg/l.

Din compoziţia prezentată se remarcă predominenţa sărurilor de litiu şi magneziu comparativ cu alte soluţii naturale hidroelectrolitice complexe. Întrucît în spitalul Socola s-au realizat studii aprofundate privind influenţa sărurilor de litiu în psihoze, cît şi raportîndu-ne la efectele de cuplaj cu magneziul în procesele de fosforilare (teză de doctorat Gh. Balan sub conducerea prof. P. Brânzei) am procedat la studiul efectelor clinice ale acestei soluţii, denumită convenţional „soluţia Li“. Soluţia a fost administrată parenteral, după un prealabil studiu toxicologic (efectuat sub coordonarea dr. Olga Moraru) pe animale (cîini în greutate de 10—14 kg) cu soluţie proaspătă şi soluţie învechită.

Ambele soluţii nu au determinat modificări în timpul administrării în ceea ce priveşte greutatea, apetitul şi comportamentul animalelor şi nici modificări humorale sau histopatologice după o administrare de 6 luni.

Soluţia hidroelectrolitică Li preparată prin filtrare, fierbere timp de 30 de minute şi control bacteriologic s-a administrat la două loturi omogene de bolnavi voluntari internaţi în serviciul de zi şi clinica psihosomatic I în perioada 1978—1979 pe următoarele grupe de afecţiuni : sindroame psihosomatice, sindroame de suprasolicitare, sindroame psihogenetice, reacţii depresiv-nevrotice, sindroame nevrotiforme, nevroze, psihosindroame hipertimice, psihosindroame discordante, psihosindroame epileptice, psihosindroame preinvolutive şi involutive, psihosindroame migrenoase.

Calea de administare a fost intramusculară în doze progresive de la 2 ml la 20 ml, crescînd cu cîte 2 ml şi apoi descrescînd pînă la 2 ml. În cazurile unde s-au evidenţiat puncte nevralgice s-a efectuat chimioacupunctură cu soluţie Li pe zonele de proiecţie algică. Înainte de începerea tratamentului pacienţii au fost investigaţi clinic şi paraclinic prin determinări de laborator în vederea excluderii unor afecţiuni grave hepatice, renale sau cardio-vasculare.

Pentru aprecierea efectelor terapeutice s-a procedat la un studiu în dublu orb : lotul I format din 1 696 bolnavi, 1 271 de sex feminin şi 425 de sex masculin, la care s-a administrat soluţie Li în asociere cu medicaţie encefalotropă şi roborantă ; lotul II format din 127 bolnavi, 73 de sex feminin şi 54 de sex masculin la care s-a administrat numai soluţie Li.

Vîrsta pacienţilor a fost între 20 şi 65 de ani. Evoluţia clinică a bolnavilor aflaţi în studiu a fost urmărită pe toată durata tratamentului de către medicii specialişti din secţiile menţionate.

În scopul comparării efectelor obţinute sub tratament la cele două loturi studiate privind rezultatele tratamentului prezentăm sintetic următoarea situaţie :

Tabel nr. 1

Diagnostic	Lot I				Lot II			
	Terapie asoc. cu sol. Li				Soluţie Li exclusiv			
	Nr. bolnavi	Ameliorat	Staţionar	Agravat	Nr. bolnavi	Ameliorat	Staţionar	Agravat
Sd. de suprasolicitare	141	141 (100%)	—	—	28	28 (100%)	—	—
Reacţie nevrotică şi sd. psihogenetic	550	497 (90%)	53 (10%)	—	29	26 (89%)	3 (11%)	—
Nevroze şi sindroame neurasteniforme somatogene	339	292 (86%)	47 (14%)	—	24	18 (76%)	6 (24%)	—
Nevroză anxioasă şi obsesivo-fobică	48	44 (80%)	4 (20%)	—	11	8 (73%)	3 (27%)	—
Depresie nevrotică şi sindrom asteno-depresiv	391	345 (88%)	46 (12%)	—	13	11 (85%)	2 (15%)	—
Psihosindroame preinvolutive şi involutive	30	25 (83%)	5 (17%)	—	22	17 (78%)	5 (22%)	—
Psihoze hipertimice	41	37 (90%)	4 (10%)	—	—	—	—	—
Psihosindroame discordante	24	20 (83%)	4 (17%)	—	—	—	—	—
Psihosindroame epileptice	81	81 (100%)	—	—	—	—	—	—
Psihosindroame migrenoase	51	51 (100%)	—	—	—	—	—	—

Analiza rezultatelor obţinute relevă că durata medie de spitalizare a fost de 20 de zile la ambele loturi cu diferenţe în funcţie de gravitatea şi evoluţia afecţiunii îndeosebi la lotul II care a cuprins şi afecţiuni din grupul psihozelor. Sub tratament ameliorarea survine în decurs de circa 10 zile la bolnavii din primul lot şi de circa 15—16 zile la al doilea lot, constînd din ameliorarea evidentă sau chiar amendarea unor simptome acuzate de bolnavi. Cele mai bune rezultate s-au obţinut în reacţiile depresiv-nevrotice, sindroamele de suprasolicitare, sindroamele psihosomatice caracterizate prin predominanţa eretismului vegetativ (disgripnie, cefalee difuză, tahicardie paroxistică, aritmie extrasistolică, palpitaţii), neurastenii, psihosindroame depresive preinvolutive. Notăm că sub tratamentul cu soluţie hidroelectrolitică Li au fost influenţate cel mai evident următoarele simptome : astenia, apato-depresia, acuzele cenestopat-hipocondriace, iritabilitatea, neliniştea anxioasă, tulburările vegetative, cefalee. Efectuarea de chimioacupunctură pe zonele de proiecţie algică (occipital, paravertebral) la 153 cazuri a determinat efecte favorabile cu ameliorarea durerii.

În timpul efectuării tratamentului nu s-au constatat accidente, iar pacienţii au manifestat o toleranţă bună locală şi generală fără a prezenta acuze subiective ca senzaţie de încălzire, greaţă, vertij, palpitaţii. Incidentele au fost rare şi au constat din dureri la locul injecţiei (25 cazuri), subfebrilitate pasageră (6 cazuri). Examenele de laborator efectuate pe parcursul administrării şi la sfîrşitul tratamentului nu au arătat modificări hepatice, renale sau cardio-vasculare, remarcînd totodată că ionii sanghini (Na, K, Ca) au rămas în limite normale.

CONCLUZII

Administrarea soluţiei hidroelectrolitice Li permite următoarele aprecieri preliminare : a) obţinerea unor efecte remarcabile în restabilirea homeostazică prin stimularea şi reechilibrarea triplei funcţii de reglare neuro-endocrino-humorale a organismului ; b) constatarea unei acţiuni şi rezultate favorabile în ameliorarea şi amendarea unor simptome cardinale a afecţiunilor nevrotice ; c) durata medie a tratamentului cu soluţie Li este sensibil egală cu durata tratamentului realizat prin asocierea soluţiei hidroelectrolitice cu medicaţia de corecţie encefalotropă (timoleptice, neuroleptice, anxiolitice) în raport de starea clinică a bolnavului tratat ; d) tratamentul cu soluţie Li realizează o abordare eficientă îndeosebi în tulburările nevrotice şi sindroamele psihosomatice predominate de eretism vegetativ cu disgripnie, cefalee, aritmie extrasistolică ; e) ca tratament adjuvant soluţia Li se poate asocia la medicaţia encefalotropă în p.m.d., sindroame discordante, epilepsii permiţînd reducerea dozelor şi a duratei de administrare ; f) administrarea soluţiei Li nu determină accidente, iar incidentele pot fi evitate prin efectuarea corectă a injecţiilor, profund intramuscular cu respectarea strictă a măsurilor de asepsie; g) tratamentul nu determină alterări hepatice, renale sau cardiovasculare, iar studiul experimental pe animale, urmărite timp de 6 luni, cu soluţie învechită, nu a determinat modificări humorale sau histopatologice.

Studiul clinic al aplicării soluţiei naturale hidroelectrolitice complexe Li se cere a fi completat în continuare prin studii biochimice şi farmacologice date fiind rezultatele favorabile obţinute pe un număr mare de bolnavi, fapt care le recomandă ca un tratament lipsit de nocivitate, cu efecte comparabile tratamentului nootropic sau chiar superior dacă ţinem cont de efectele secundare ale administrării prelungite a acestora cît şi în raport de relaţia cost-beneficiu.

Observaţiile studiului nostru, incurajatoare sub aspect clinico-terapeutic, ne îndreptăţesc speranţe atît din punctul de vedere al tratamentului cît şi al înţelegerii mai complexe a fizioterapiei tulburărilor psihice, printr-o abordare etiopatogenică, superioară unei terapii simptomatice, cu efecte imediate şi mai ales de durată în menţinerea rezultatelor terapeutice.

The medical treatment with complex hydroelectrolitical solution made in „Socola" Hospital achieves favourable results both in marginal psychiatric diseases and by associating with encephalotrop medication in diseases from the group of psychosis. These results reveals from the investigation on groups of voluntary patients made between 1978—1979.

CRITERII ESTIMATIVE DE EFICIENŢĂ A SECŢIEI DE PSIHIATRIE

P. Mihăiescu, R. N. Priboi
– Galaţi

Concomitent cu ridicarea gradului de civilizaţie asistăm la progresul ştiinţelor medicale, sporirea eforturilor materiale fiind orientată în două direcţii principale.

— Cercetarea medicală ce însemnează aportul a multiple discipline (medici chimişti, fizicieni, matematicieni, ingineri etc.).

— Aspectul aplicativ — proliferarea reţelei de asistenţă medicală reutilizarea progreselor de investigaţie şi terapeutică şi creşterea accesibilităţii populaţiei la asistenţă.

Mobilurile acestor tendinţe au un caracter — obiectiv — efortul social de promovarea sănătăţii colectivităţii şi protejarea forţei de muncă şi — subiectiv — asigurarea unor necesităţi de securitate individuală faţă de eventuale suferinţe dezadaptative şi evitarea factorilor de disconfort.

Constatarea unor eforturi medico-sociale, ridică problema dacă destinul indivizilor atinşi de o îmbolnăvire psihică se prezintă diferit în prezent, faţă de acum cinci decenii, de exemplu. In ce măsură mijloacele medicale, apreciate dinamic şi evolutiv, prin raportarea la o perioadă şi un areal, corelează diferenţiat cu procesul de restabilire.

Ne aflăm astfel în faţa problemei criteriologiei demersului terapeutic, cîmp discutat cu variate maniere de soluţionare.

O evaluare calitativă este oferită zilnic bolnavilor externaţi, cu menţinerea în F.O. clinică a „stării la ieşire" — ameliorat, remis, etc.

În ultimele decenii au fost intreprinse eforturi de cuantificare minuţioasă a evoluţiei, bazate pe „scale" de evaluare cantitative, sau metode psihometrice, utilizate îndeosebi pentru măsurarea eficienţei psihotropelor (U. Predescu, T. Ciurezu) aprecierea clinică a gradului de remisie în psihoze a fost făcută pe numeroşi autori, la noi în ţară fiind mai cunoscută clasificarea lui Sovcieschi (cf, 6).

Sub raportul posibilităţilor sale ergologice, pacientul poate fi încadrat în patru grade de invaliditate (03).

Datele OMS din 1975 (cf. 1) arată că peste 70 % din totalul internărilor prezintă remisiuni.

Profesorul P. Brânzei apreciază că datorită măsurilor biopsihosocioterapice, un procent de numai 5—10% dintre psihotici se cronicizează în prezent.

Lucrarea noastră ridică problema elaborării unor criterii sintetice de apreciere a evolutivităţii, cu posibilităţi facile de cuantificare, în vederea utilizării lor ca instrument de lucru în reţeaua medicală.

Pentru a putea avansa soluţionări, am pornit de la următoarele premise: — starea de sănătate dinaintea îmbolnăvirii psihice permite fiecărui individ să posede un statut şi să îndeplinească mai multe valori sociale (VII) — de ex. „Profesionist" „părinte" „prieten" etc.

Boala psihică presupune frecvent o diminuare de statut şi imposibilitatea îndeplinirii unor valori, în funcţie de mai multe variabile (apartenenţa nosologică, gravitatea bolii, susţinerea de microgrup, etc.) iar recuperarea pacientului este pendinte, în cel mai înalt grad de măsurile medicale instituite. — Boala psihică produce un grad de disoluţie funcţională (H. Ey) şi există o proporţionalitate între gradul de afectare patologică şi modificările de statut ale pacientului, prin impietarea posibilităţilor de inserţie socio-profesională şi familială.

Efortul instanţelor medicale (ambulator, spitale, semiambulator) conjugat cu cel al altor discipline (psiholog, sociolog, ergonom etc.) se orientează spre readucerea pacientului la nivelul de inserţie anterior. Recuperarea poate fi astfel concepută : — sub raport medical — remisia obţinută şi oportunitatea manierelor de asistenţă în continuare. — în termen sociologic : păstrarea statutului şi îndeplinirea valorilor anterioare.

Triectoria eexistenţială a bolnavului psihic se situează într-un spaţiu, căruia îi acordăm dimensiuni polare.

Individ aneantizat de suferinţa psihică, alienat care face obiectul unor îngrijiri permanente, un dezirabil în familie şi societate.

Individ vindecat, integrat socio-familial la nivelul anterior. Vom încerca urmărirea destinului individual, în spaţiul de oscilaţie prezentat, prin limitarea unor „nivele de inserţie socială" pe care se amplasează bolnavul pentru o perioadă de timp.

Ierarhizarea nivelelor de inserţie socială

1. Psihotici ajunşi în stadiul de alienare — (demenţe vesonice şi demenţe organice). — sînt menţinuţi în cămine sau spitale de bolnavi cu evoluţie prelungită mai rar în familie (bătrîni) ; — statut de „asistaţi", necesită supravegherea permanentă.

2. Psihotici cu defect major, încadraţi în remisiunea de tip „D." din clasificarea lui Serciski (manualul sau cartea rusească). — sejour în spitale pentru bolnavi cu evoluţie prelungită ; — statut de „asistat" ; — apţi pentru terapie ocupaţională.

3. Bolnavi cu remisie socială, încadraţi clinic în tipul „C" de remisie a lui Sercinski. — pot fi menţinuţi într-un mediu tolerant (în familie sau în spitale cu profil recuperator ergoterapic) ; — statut de pensionare grd. II ; — posibilă inserţia familială ; pot îndeplini rol de „mamă" „partener", „auxialiar în activităţi domestice". Sînt antrenabili în activităţi socio şi ergoterapice.

4. Remişi cu defect cu perioade de reacutizare sau recăderi (remisia tip. „B" al lui Serciski) ; — Necesită tratament ambulator prelungit şi una două internări în perioadele de reacutizare)i recădere, între 30—90 zile/an. — Statut de încadrat în activitate cu program redus sau în calificare interioară, pensionări gr. III. — Rol familial intermitent, de („partener" „părinte" („mai ales mamă") activităţi gospodăreşti, în afara recăderilor delăsări ştirbite de modificări comportamentale şi de personalitate.

In această categorie sînt mai bine adaptate femeile.

5. Remisie stabilă cu defect : Bolnavi dispensarizaţi la care tratamentul ambulator este aferent fără recăderi perioade îndelungate. — încadrat parţial în activitate, pensionar gr. III. — rolurile familiale îndeplinetşe permanent, dar familia are o anumită configuraţie, datorită modificărilor de personalitate ale pacientului (clinic se încadrează în remisia tip. A Serciski).

6. Remisie bună cu recăderi. — dispensarizaţii necesită tratament ambulator permanent şi prezintă recăderi sau reacutizări anual care presupun ITM şi spitalizare. — încadraţi cu normă întreagă, prestează activităţi de tip, meşte)ugăresc, artizanal, CAP, în care sînt mai bine acomodaţi. — bună inserţie familială în afara recăderilor.

7. Remisie bună fără recăderi (sau la intervale foarte mari de timp — dependenţi de tratamentul medicamentos permanent în cadrul dispensarizării ; — activitate cu normă întreagă dar cu unele limitări în ce prive)te ritmul de lucru programul în ture etc., fiind mai greu utilizabil în sectoare industriale propriu-zise. Nu pot promova în activităţi ce presupun coordonare sau concepţie ; — bună inserţie familială permanentă.

8. Vindecarea clinică : — independenţă de tratament. servarea posibilităţilor de promovare, în activitatea — menţinerea statutului anterior în activitate, cu conservarea posibilităţilor de promovare, în activitatea creatoare sau funcţie de coordonare şi conducere. — îndeplinirea tuturor rolurilor familiale în bune condiţii permiţînd o existenţă armonioasă a celorlalţi membri.

Fără a pretinde să prezentăm definiţia vindecării am jalonat trăsăturile sale, care ni s-au părut esenţiale.

La aceste categorii, sau a motivaţiei patologice cu cota „0" considerîndul e)ec absolut.

Privind maniera de distribuţie a diferitelor grupe nosologice pe această „scală" observăm imediat că afecţiunile marginale se plasează pe nivele superioare iar psihozele se pot întinde pînă la termeni extremi. Deşi susceptibilă, o face obieectul unor critici îndreptăţite. Maniera „globalistă" apreciere ia în consideraţie aspectele clinice terapeutice, recuperatorii, susţinerea de microgrup, factori de risc, de recidivă, aspecte socio-profesionale în raport cu alte scale, care sînt mai complexe însă mai greu maniabile.

Gîndim că poate fi utilizată cu precădere la bolnavii disepnsarizaţi (care presupun deci evoluţie prelungită). La sfîrşitul anului, aceştia pot fi încadraţi pe un nivel acordîndu-li-se notaţia corespunzătoare. Urmărirea evoluţiei lor într-un interval mai lung de timp, devine facilă prin înscrierea acestor notări anuale în carnetele de dispensarizare.

CONCLUZII

Urmărirea dinamică a nivelelor de inserţie socială, permite estimări evolutive şş predictive.

Prin cuantificarea evolutivităţii se evidenţiază eficienţa reţelei psihiatrice în acţiunea de tratare şi recuperare.

Permite prognoza în raport cu setul terapeutic utilizat (neuroleptice dêpot, socioterapie, ergoterapie etc.) şi selectarea celor mai eficiente metode.

Sesizează tendinţe de viitor în vederea asigurării necesarului de locuri de muncă protejată.

Distribuţia pe diferite nivele permite predicţia necesarului de locuri în spitale şi unităţi semiambulatorii şi aproximarea ştiinţifică a fondurilor pentru susţinerea curei ambulatorii.

Constituie un demers spre evidenţa militară a bolilor psihice, prin aprecierea dinamică a proventiei secundare ş iterţiare.

The authors propose a method of estimating the activity of the psychiatric network, in the field of the secondary and tertiary prophylaxis, applicable to the patients being conspicuous at the Health Centre.

Starting from the premise that the recuperator effort aims at the re-establishment of the prior to the sickness social statute, the authors are staring a number of eight levels of social insertion, situated in the space between alienation and normality.

The valuation of the psychiatric activity is proposed, depending on the level on which the pacient is situated after the recuperator measurements, as against the duration and the type of illness.

CONTRIBUŢIA SFATULUI GENETIC ÎN PROFILAXIA BOLILOR PSIHICE

**P. Brânzei, Fl. Teodorescu, C. Romanescu, V. Chiriţă, M. Covic,
P. Boişteanu**
— *Iaşi*

Bolile genetice reprezintă o realitate vie şi dureroasă care se impune atenţiei medicale prin frecvenţă crescută, gravitate mare, consecinţe socioeconomice importante. La aceasta se adaugă insuficienţa posibilităţilor noastre actuale de a elucida etiopatogenia acestor boli şi de a găsi cele mai adecvate mijloace pentru depistare şi tratament. În asemenea condiţii, atitudinea medicală cea mai adecvată o constituie *profilaxia bolilor genetice*. Ea reprezintă singura modalitate concretă de a reduce din frecvenţa de 12%, cu care patologia ereditară interferează sănătatea populaţiilor umane. Măsurile profilactice cele mai eficace sînt : prevenirea apariţiei bolii la un individ predispus sau genetic anormal, prevenirea naşterii unei astfel de persoane şi limitarea incidenţei sau propagării mutaţiilor ce duc la anomalii genetice.

Sfatul genetic este un act medical, specializat şi complex care se determină şi apoi se comunică celor interesaţi probabilitatea (riscul) ca o boală ereditară sau parţial ereditară să se manifeste sau să reapară. El urmăreşte să ajute individul sau familia să înţeleagă diagnosticul şi cauza probabilă a bolii, să aprecieze exact riscul apariţiei sau recurenţei sale, să aleagă varianta cea mai bună în raport cu mărimea riscului, gravitatea afecţiunii, situaţia familiei şi să acţioneze raţional, în deplină libertate, conform dorinţei sale.

Întrucît etica medicală cere să se ţină seama numai de interesul celui în cauză, Comitetul de experţi OMS recomandă ca „geneticianul să nu urmărească nici-un program genetic în beneficiul generaţiilor următoare dacă acesta intră în conflict cu interesul imediat al părinţilor". Indirect, încurajînd luarea unei decizii raţionale, sfatul genetic contribuie şi la realizarea „ţelurilor societăţii reducînd incidenţa bolilor genetice şi consecinţele socioeconomice pe care ele le determină.

Definirea acestor elemente de cadru ne permite să apreciem corect contribuţia sfatului genetic în profilaxia bolilor psihice.

În primul rînd, este util să precizăm că 10% din populaţie prezintă afecţiuni ale SNC şi tulburări de comportament determinate de ereditate, mediu şi interacţiunea dintre ele. Jumătate din acest procent îl reprezintă cazurile de dislexie (5%), iar cealaltă jumătate de întîrziere mintală (QI<70) nespecifică (2,6%), schizofrenie (1%), psihoza maniaco-depresivă (0,4%), epilepsie centralopatică (0,5%) şi alte tulburări (0,5%) Factorii genetici au o cotă certă de participare şi cunoaşterea lor influenţează favorabil atitudinea noastră de profilaxie şi tratament. În această evaluare statistică nu sînt incluse afecţiunile congenitale ale SNC determinate de anomalii cromozomice (trisomia 21, aneuploidiile gonosomale) şi deficitele enzimatice (de tipul fenilcetonuriei) consecutive unor mutaţii genice, care împreună ar putea reprezenta 0,5—1%. Indiferent dacă acceptăm sau nu aceste procente, sîntem obligaţi să recunoaştem că afecţiunile psihice, cu o etiologie care implică participarea factorilor genetici, interesează o parte importantă a populaţiei. În aceste condiţii, sfatul genetic devine o necesitate de asistenţă medicală.

Realitatea faptelor ne convinge că raportul dintre numărul celor care ar necesita un sfat genetic şi cei care actualmente beneficiază de pe urma unui asemenea act de medicină preventivă este încă extrem de disproporţionat ; stare motivată, printre altele, de carenţa de informare (educaţie sanitară) a publicului, existenţa unui număr redus de servicii specializate şi consultanţi cu pregătire adecvată, sensibilizarea insuficientă a practicienilor pentru probleme de genetică medicală şi planning familial ş.a.

Deşi situaţiile care impun solicitarea unui sfat genetic sînt numeroase şi diverse ele rămîn deci, în majoritatea cazurilor, doar potenţial abordabile. Puţini dintre viitorii părinţi sînt preocupaţi de posibilul risc genetic pentru descendenţi. Dar realitatea, din nou demonstrează, printre altele, că dintre toţi copiii cca. 2—3% sînt cu handicap mintal, iar dintre aceştia, o parte (0,5—1%), vor avea statutul unui dependent social. În prezent, cea mai activă cerere pentru sfat genetic provine de la părinţi care trăiesc deja experienţa cu un copil handicapat, dornici să afle cauza care a produs afecţiunea precum şi riscul de a se repeta accidentul. Ori, cel puţin pentru oligofrenie, cauzele sînt multiple. Din acest punct de vedere, componenţa grupului mai puţin numeros, cu forme severe (QI sub 50), în majoritate sporadice, este inegală (heterogenă), cuprinzînd alături de cazurile cu determinare exogenă (defecte la naştere, traumatisme craniene, encefalite în timpul copilăriei etc.) şi pe cele condiţionate genetic. Aici se include întîrzierea mintală recesiv gonosomală (28—36% dintre toţi indivii cu QI<70 şi care explică excesul de 50% bărbaţi cu întîrziere mintală faţă de ansamblul femeilor cu înapoiere mintală). Această formă afectează 0,8—1% din populaţie. Tot aici se încadrează debilităţile mintale produse de anomalii cromozomiale precum şi cele determinate multifactorial.

În grupul deficienţelor mintale moderate (QI=70—50), cazurile de origine exogenă sînt mai puţin numeroase. Modelul mai pronunţat de recurenţă familială dovedeşte puternica influenţă a factorilor genetici, ceea ce conduce la susţinerea unui sistem ipotetic multifactorial.

Aprecierea riscului de recurenţă nu este dificilă atunci cînd etiologia poate fi precizată, situaţia valabilă doar pentru 30% din totalitatea cazurilor. Acolo unde stabilirea cauzelor devine problematică, rigoarea „matematică“ este înlocuită cu probabilitatea realizată în situații similare („riscul empiric“).

Problema aprecierii riscului genetic devine o realitate a funcției și rolului geneticianului în măsura în care acesta este solicitat. Dar situația este rezolvată de către cei implicați în mod diferențiat; pentru că, dacă în familiile cu nivel normal de dotare intelectuală inițiativa solicitării sfatului genetic, după survenirea „accidentului“, aparține genitorilor, în familiile de deficienți mintali intelesul pentru sfătuire este redus și datorită unor cauze aflate în legătură directă cu insuficiența lor intelectuală.

Pentru tulburările psihice funcționale (psihoze, psihopatii ș.a.), coeficientul crescut de morbiditate în populația generală (cca. 10—15%), le impun atenției într-un prim plan. În această categorie de tulburări, dovada influenței factorilor genetici a fost pe deplin făcută, chiar dacă pentru intimitatea modului de determinare și mecanismului de transmitere necunoscutele sînt numeroase. Astfel că, în lipsa unui model exact de transmitere, specialiștii utilizează în practică cifrele riscului empiric, ale cărui valori trebuiesc apreciate ca rezultante ,deopotrivă, ale influențelor ereditare și mezologice.

În general, faptele conving că riscurile la rude de prim grad sînt semnificativ mai mari, deopotrivă, în formele severe de schizofrenie și tulburări afective. În plus, se pare că debutul precoce al bolii la proband poate fi asociat cu un risc crescut pentru rudele de prim grad (frați, progeni).

Este de înțeles că necesitatea completării „istoriei familiale“ a cazului cu numeroase date se impune de la sine, deoarece: 1) descoperirea unor cazuri suplimentare ar defini boala ca moștenită și nu sporadică sau simptomatică; 2) prezența unei alte rude afectate ar spori riscul la alți membri ai familiei; 3) producerea formei bipolare la o rudă a probandului unipolar ar sugera faptul că boala familială este bipolară, riscul acestei forme la progeni fiind crescut; 4) prezența alcoolismului (sau sociopatiei) la o rudă de sex masculin a probandului cu tulburări afective și debut timpuriu, ar semnifica mai curînd un „echivalent afectiv“ (decît o stare fără legătură); 5) pedigree-ul individual poate fi cercetat prin existența unor „markeri“ în legătură cu prezența (absența) genei cauzatoare a bolii psihice.

Riscul de manifestare a unei stări psihotice în oricare perioadă din viața unui descendent al părintelui psihotic (cu corecția după vîrstă) se distribuie între limitele de 10—15%. Din ancheta amănunțită a familiei, întreprinsă de către genetician, se pot recunoaște însă factorii care mențin acest risc la valori scăzute: dovada unei etiologii organice a afecțiunii părinților; debutul tardiv al afecțiunii; absența rudelor afectate; absența oricărei afecțiuni psihotice în familie. Opusul acestor factori, concretizat în diverse situații, tind a spori riscul.

Pentru sfătuitor, fiecare caz devine o situație particulară, atît pentru enunțarea cifrelor de risc cît și prin complexul de date și condiții care îl reprezintă. Cea mai exactă și scrupuloasă apreciere genetică a datelor va rămîne însă ineficientă dacă rezultatele și comentariile nu sînt cu claritate înțelese de către cei interesați. Oricum, discuția impune participarea ambilor parteneri și, ca necesară, evaluarea gradului de psihopatologie eventual prezent la soțul aparent indemn (mariajul fiind, de regulă, asortativ).

În orice caz, o atitudine realistă a solicitantului în fața amenințării severe este de dorit, dar atingerea acestui deziderat este adesea anevoioasă. În lipsa unui gest de îndrumare și încurajare se instalează teama, anxietatea. Simpla bănuială a unei transmiteri genetice pentru particularități nedorite în familie poate genera oricînd sentimente de vină, rușine, idei obsesive, depresii, nehotărîre, opuse celor de negare a realităților genetice și implicațiilor lor, atitudini proprii unei categorii de părinți cu siguranță pentru descendenți sănătoși, raportat la „normalitatea“ lor.

Ședințele de sfat genetic vor cîștiga în eficacitate dacă, bazate pe înțelegere psihologică, vor depăși condiția unui program formal de psihoterapie. În multe situații, problemele celui care acordă sfatul genetic încep din momentul în care solicitanții întreabă cine este „vinovat“ de nașterea unui copil anormal. Firește, nimeni nu poartă vina și acest fapt trebuie expus cu claritate părinților. Aceasta, și în ideea că fiecare ființă umană este potențial posesoare de gene „anormale“. Anomaliile ereditare sînt accidente naturale relativ frecvente și, cel mai adesea, imprevizibile.

Oricum, deși calcularea probabilităților ereditare este în sine o procedură pur științifică, sfatul ca atare reprezintă o măsură terapeutică, cu consecințe pe lung termen. Explicarea unei situații deosebite, într-o manieră corespunzătoare cu tipul de personalitate, educația și aspirațiile solicitanților devine necesară deoarece nici-o cantitate de fapte științifice nu va despăgubi lipsa contactului uman.

Pe de altă parte, deși sfătuitorul contribuie la decizia părinților, hotărîrea finală aparține acestora din urmă, dar modul în care faptele sînt prezentate va avea efect, desigur, asupra atitudinii familiei. Înlăturarea, cu mult tact, a învinuirilor nefondate care planează asupra unuia sau altuia dintre genitori ar fi una dintre sarcinile de răspundere ale geneticianului; maniera de prezentare a adevărului asupra riscului pentru descendență, în funcție de împrejurări, ar constitui un alt element supus atenției. Toate aceste aspecte sînt cuprinse în gestul săvîrșit față de cuplul supus să înfrunte realitatea. Pentru că, de fapt, sfatul genetic reprezintă o legătură directă și imediată între cunoștințele medicale ale domeniului și pacientul (familia) venit cu intenția de a-și clarifica ideile cu privire la problemele proprii ale eredității.

DATE PRIVIND SEMNIFICAŢIA PATOLOGIEI DIENCEFALICE ÎN CLINICA EPILEPSIEI

M. Şelaru, P. Boişteanu, Dorina Bucur-Şelaru
— *Iaşi*

Termenul de epilepsie diencefalică a fost introdus de W. Penfield în epileptologie de relativ puţin timp şi se referă nu la întreaga regiune desemnată cu acest nume, ci numai la o parte a creierului intermediar — hipotalamusul. W. Penfield, în observaţia princeps privind epilepsia diencefalică, descrie crize paroxistice caracterizate prin congestia feţei, bradipnee, tahicardie cu puls amplu, însoţită de creşteri sau scăderi bruşte ale tensiunii arteriale, transpiraţie, salivaţie, dilatarea pupilei, exotalmie, sughiţ, frison, fenomene clinice care apar ca expresia perturbărilor vegetative simptomatico-parasimpatice. W. Penfield, în cazul studiat, atribuia crizele paroxistice compresiunii nucleilor adiacenţi ventriculului III printr-o tumoră care obstrua gaura lui Monro.

Ulterior, W. Penfield şi H. H. Jasper descriu tipuri de crize diencefalice pe care le atribuie lezării nucleului anterior al talamusului, apoi prezenţei unor leziuni diencefalice.

Barré, în 1932, descrie epilepsia simpatică, care după opinia sa ar ocupa un loc intermediar între epilepsie şi isterie.

J. Lhetmite efectuează o delimitare a diferitelor forme de epilepsie diencefalică, descriind în acelaşi timp un caz similar cu cel descris de Penfield.

O. Gagel comunica observaţia unui copil de 4 ani, cu un glioblastom la baza ventriculului III, care infiltra în întregime talamusul şi hipotalamusul de partea dreaptă. La acest pacient crizele aveau o desfăşurare fazică simpatico-parasimpatică şi s-au desfăşurat pe o durată de doi ani şi jumătate. În prima fază, simpatică, apăreau dureri precordiale cu senzaţie de constricţie toracică, tulburări respiratorii, senzaţie de frig, frison şi piloerecţie. După această fază, apăreau simptomele cu caracter parasimpatic exprimate prin congestia feţei, gîtului şi mîinilor, cu senzaţie de căldură în tot corpul, sudoraţie generalizată, bradicardie, vărsături şi urinare. Frisonul era acompaniat de o creştere a temperaturii corporale. În alte cazuri paroxismul vegetativ se însoţea de o pierdere a cunoştinţei urmată de somn profund postcritic. Faza simpatică a acestor crize avea trăsături similare cu crizele vegetative simpatice de natură hipotalamică descrise de H. Gowers.

S. Drăgănescu şi O. Sager au descris, la un bolnav care prezenta un ependimom chistic al ventriculului III fenomene paroxistice manifestate sub forma unor stări de vis (dreamy state).

I. A. Ratner consideră că epilepsia morfeică şi catamenială sînt în esenţă de origine diencefalică.

N. J. Graşcenkov şi colab., studiind crizele epileptice vegetative, le atribuie următoarele trăsături caracteristice apariţie cu caracter paroxistic ca rezultat al descărcărilor hipersincrone ale neuronilor din formaţiunile cerebrale cu predominenţa fenomenelor vegetative în componenţa aurei sau a crizei epileptice. Autorii consideră că numai o detaliată şi atentă analiză electroclinică poate permite formularea diagnosticului de epilepsie vegetativă. După opinia autorilor, hipotalamusul poate fi cointeresat în mod primar sau secundar în criza epileptică. În cazul interesării primare este pe deplin justificat termenul de epilepsie diencefalică. În cazul unei cointeresări secundare focarul epileptogen este situat într-o regiune secundară extrahipotalamică (hipocamp, nucleu amigdalian, formaţie reticulată, cortex prefrontal, temporal sau limbic, regiunea insulară), sau hipotalamusul suferă modificări de natură abiotrofică, consecinţă a hipoxiei secundare a crizelor paroxistice.

S. A. Gromov a studiat pneumoencefalografic un număr de 112 bolnavi suferind de epilepsie diencefalică. La numai o proporţie de 4,7% din cazuri nu s-a înregistrat la examenul PEG modificări cerebrale. La 95,3% dintre bolnavi studiul pneumoencefalografic a evidenţiat modificări organice care se adresau hipotalamusului în 76,1% : procese strofice (50,8%), asocierea lor cu arhnoidite cerebrale (30,2%), arhnoidite pure (14,3%). Hidrocefaliile interne sînt evidenţiate în 75,1% din totalul observaţiilor. Autorul subliniază că la 3/4 din totalul bolnavilor prezentînd crize diencefalice s-au evidenţiat modificări atrofice în regiunea ventriculului III, în timp ce asocierile abiotrofice situate la nivelul altor structuri cerebrale s-au constatat la aproape toţi bolnavii cercetaţi.

Cazuistica noastră se raportează la un număr de 151 bolnavi de epilepsie la care a fost studiat pneumoencefalografic dimensiunile ventriculului III, cu ajutorul unei reţele de 5/5 mm., evidenţiindu-se următoarele valori exprimate în milimetri : 2 mm (1 caz) ; 3 mm (6 cazuri) ; 4 mm (11 cazuri) ; 5 mm (30 cazuri) ; 6 mm (9 cazuri) ; 7 mm (24 cazuri) ; 8 mm (23 cazuri) ; 9 mm (4 cazuri) ; 10 mm (29 cazuri) ; 12 mm (2 cazuri) ; 13 mm (4 cazuri) ; 15 mm (1 caz) şi 27 mm (7 cazuri). În tehnica utilizată valorile normale ale ventriculului III nu depăşesc 5 mm. Din studiul efectuat rezultă că un număr de 48 (31,78%) cazuri nu prezintă dilatări ale ventriculului III, iar restul de 103 (68,22%) cazuri au dilatări evidente cuprinse cel mai frecvent (89 cazuri) între valori de 6—10 mm., ceea ce presupune o dilatare ventriculară neîndoielnică.

La bolnavii de epilepsie fără tulburări psihice interparoxistice pe un număr de 118 cazuri, studiul pneumoencefalografic a evidenţiat următoarele valori ale ventriculului III : 2 mm (1 caz) ; 3 mm. (3 cazuri) ; 4 mm. (9 cazuri) ; 5 mm (23 cazuri) ; 6 mm. (8 cazuri) ; 7 mm. (20 cazuri) ; 8 mm. (20 cazuri) ; 9 mm. (4 cazuri) ; 10 mm. (20 cazuri) ; 13 mm. (3 cazuri) ; 15 mm. (1 caz) ; 27 mm. (7 cazuri). Deci sub valoarea de 6 mm. sînt cuprinşi un număr de 36 bolnavi (30,50%), restul de 83 (69,50%) înregistrînd valori mai mari de 5 mm.

În cazul epilepsiei cu tulburări psihice interparoxistice de tip psihopatic (4 cazuri), într-un singur caz valoarea ventriculului III a fost sub 5 mm., restul de 3 bolnavi prezentînd următoarele dimensiuni ventriculare: 7 mm. (1 caz); 12 mm. (1 caz); și 13 mm. (1 caz).

Într-un număr de 29 cazuri de psihoză epileptică valorile înregistrate pentru ventriculul III au fost următoarele: 3 mm. (3 cazuri); 4 mm. (2 cazuri); 5 mm. (7 cazuri); 6 mm. (1 caz); 7 mm. (3 cazuri); 8 mm. (3 cazuri); 10 mm. (9 cazuri); 12 mm. (1 caz). Deci, în 12 cazuri (41,34%) valorile ventriculului III s-au situat în limite normale, iar în restul de 17 (59, 66%) cazuri s-au înregistrat dilatări ventriculare de diferite grade.

Studiul pneumoencefalografic a evidențiat, de asemenea, o serie de particularități ale abiotrofiei cerebrale în epilepsie, constatîndu-se că cele mai frecvente sînt leziunile cerebrale difuze. urmînd în ordine descrescîndă atrofia frontală, îndeosebi prefrontală și apoi leziunile fronto-parietale. În epilepsia cu tulburări psihice interparoxistice cel mai frecvent s-au înregistrat abiotrofiile frontale și fronto-parietale.

Subliniem, de asemenea, faptul că în epilepsia cu tulburări psihice interparoxistice de tip psihotic dilatările ventriculului III nu sînt mai frecvente (59,66%) în raport cu dilatările ventriculare (69,50%) constatate la bolnavii de epilepsie fără tulburări psihice interparoxistice manifeste, ceea ce impune concluzia că o dilatare a ventriculului III nu presupune în mod necesar și prezența unei tulburări psihice majore.

Datele de mai sus pledează pentru existența unei componente diencefalice importante în clinica epilepsiei, dacă avem în vedere că aceasta este o boală a întregului organism care afectează în procesul patologic și în grade diferite structurile cerebrale în ansamblul lor morfo-funcțional, cu consecințe parabiotizante în sensul unei abiotrofii complexe endo-exogene. De aceea, sîntem de părere că termenul de epilepsie diencefalică se raportează la cazurile care cointeresează în mod primar structurile creierului intermediar, în timp ce componenta diencefalică cu tot cortegiul fenomenelor fazice vegetative simpatico-parasimpatice, are o importantă participare atît în structura paroxismelor epileptice, cît și în expresiile clinice ale fragilității funcționale cerebrale din intervalele intercritice și se manifestă prin perturbarea triplei funcții de reglare neuro-endocrino-humorală.

SOCIO-EPIDEMIOLOGIA ȘI IMPLICAȚIILE SALE ACTUALE

A. Ivan, Gr. Teodorovici

— Iași

În societatea contemporană progresul general presupune și o nouă calitate a stării de sănătate a populației iar dinamica alertă a vieții social-economice impune evaluarea permanentă a modificărilor ce survin în ecosistemul uman.

Schimbările impresionante petrecute în lumea modernă au dus la creșterea nivelului de trai, a stării de sănătate, la modificarea structurii populației, la dispariția sau reducerea frecvenței și gravității unor boli, la dezvoltarea unei noi patologii, ca și la implicarea factorilor ecosociologici în etiologia acesteia.

Natura modificărilor ecosistemului uman determină caracterul efectelor, uneori negative, care influențează structurile și funcțiile organismului. Cunoașterea schimbărilor ce pot surveni în interrelațiile omului cu mediul său social și natural se realizează în cadrul unor acțiuni de supraveghere epidemiologică globală, cu participare multidisciplinară. În acest mod epidemiologia acționînd la nivel populațional, evidențiază atît factorii sanogeni cît și cei morbigeni și intervine pentru promovarea celor dintîi și înlăturarea celor din urmă.

Milenii de-a rîndul viața omului a fost dependentă și influențată de elementele naturii înconjurătoare. Treptat. omul a devenit factor de transformare a naturii, uneori în detrimentul său. Influențele nefaste ale factorilor naturali sau, în multe cazuri natural-artificializați, asupra sănătății omului s-au constituit în obiective de studiu al multor științe printre care și al ecoepidemiolgoiei.

Pe măsură ce raporturile dintre oameni s-au amplificat, a apărut societatea omenească cu diferitele ei trepte de dezvoltare, ecosistemul uman și-a schimbat configurația iar sănătatea umană a fost tot mai mult, supusă acțiunii deseori nocive, a unor factori agresionali de ordin social. Studiul factorilor de risc generați de mediul social și a bolilor determinate de aceștia, face obiectul preocupărilor socioepidemiologiei și a altor ramuri ale științelor biologice și nebiologice.

Întrucît natura ecosistemelor umane contemporane creează dificultăți în diferențierea multiplelor influențe ale acestora asupra sănătății, abordarea lor se realizează cu eficiență numai în cadrul unor investigații ecosocioepidemiologice. Astfel, ecosocioepidemiologia are în preocupările sale problemele sănătății și a bolii în condițiile create de complexitatea și diversitatea extraordinară a factorilor sociali, fizici, climatici, biologici. psiho-emoționali, care caracterizează ecosistemul uman contemporan. Asemenea preocupări aduc un aport deosebit la îmbunătățirea calității sănătății și vitalității mentale și fizice a oamenilor, la prelungirea duratei vieții.

Socioepidemiologia, apărută încă în perioada de debut a civilizației industriale, și-a adus o contribuție importantă la cunoașterea efectelor asupra sănătății determinate de condițiile noi de viață, de perturbările adaptative ale omului, care au generat în cele din urmă o nouă patologie. Socioepidemiologia a scos în evidenţă faptul că explozia demografică, urbanizarea, industrializarea şi alţi factori ai civilizaţiei au creat raporturi sociale noi şi a deterimant variate efecte fizico-chimice şi psihologice asupra omului.

În acest mod socioepidemiologia apare ca cea mai sociologică ramură a medicinii care a demonstrat determinismul social al sănătăţii şi al bolii.

Diversitatea factorilor de agresiune proprii ecosistemelor umane contemporane stă la baza creşterii frecvenţei, pînă la valori epidemice, a bolilor cardiovasculare, neuropsihice, a neoplaziilor, bolilor cronice bronhopulmonare, bolilor de nutriţie, maladiilor reumatismale, malformaţiilor congenitale, intoxicaţiilor, accidentelor etc.

Socioepidemiologia constituie astăzi un instrument de lucru, de cunoaştere a felului în care condiţiile de viaţă şi de muncă ale omului intervin în menţinerea sănătăţii şi apare ca mijloc de a elabora cele mai raţionale şi eficiente căi pentru prevenirea şi combaterea bolilor cu răspîndire de masă.

Studiul fenomenelor sociologice care condiţionează şi influenţează procesele epidemiologice, permite stabilirea relaţiilor cauzale din ecosistemele umane şi verigile unor lanţuri cauzale. Prin cunoaşterea relaţiilor sociologice dintr-un ecosistem putem realiza evitarea sau îndepărtarea efectelor unor cauze care pot avea consecinţe ulterioare.

În cadrul interrelaţiilor dintre ştiinţele naturii şi cele sociale, care reflectă unitatea dialectică dintre natură şi societate în ecosistemul uman, apare legătura strînsă dintre epidemiologie, ecologie şi sociologie. De aici rezultă, de asemenea, că problemele sănătăţii şi ale bolii nu pot fi rezolvate decît la nivel populaţional, unde promovarea sănătăţii şi prevenirea bolilor revine, în primul rînd, ecosocioepidemiologiei.

Mediul social, ca şi cel natural, acţionează multifactorial prin agenţi morbigeni fizico-chimici, nutriţionali, de tehnologie, profesie, raporturi de muncă, raporturi sociale, locuinţă, amprente educaţionale etc. Aceştia sînt factori de risc care pot determina, în anumite circumstanţe, dereglări ale homeostaziei, acţionînd pe cale nervoasă şi umorală.

Acţiunea mediului social se exprimă cel mai adesea imprimîndu-i omului anumite comportamente şi obiceiuri iar tehnologia şi urbanizarea prin apariţia stress-ului psihosocial. În practică însă este dificil de stabilit determinismul cauzal sociologic iar efectele diverşilor factori de agresiune nu pot fi evaluate decît probabilistic.

Un aspect deosebit este cel al acţiunii morbigene a stărilor conflictuale, al insatisfacţiilor legate de viaţa socială şi familială, al eforturilor, de o mare diversitate şi intensitate, mai ales cerebrale, care determină dereglări ale proceselor adaptative exprimate prin apariţia bolilor psihice şi psihosomatice.

Socioepidemiologia, acţionînd în echipe multidisciplinare, abordează la nivel populaţional, cu o metodologie adecvată, problema cunoaşterii factorilor sociali de risc în condiţiile particulare ale vieţii contemporane. Ea urmăreşte să învingă dificultăţile deosebite legate de estimarea influenţelor morbigene sociale, cum ar fi anumite condiţii şi obiceiuri aberante imprimate unor grupuri aflate în condiţii sociale particulare.

Interrelaţiile de mare complexitate dintre factorii sociali şi dintre aceştia şi cei naturali, creează greutăţi în stabilirea relaţiilor de cauzalitate sociopatologică în cadrul unor ecosisteme umane. Abordarea multilaterală a omului cu relaţiile sale permite depistarea şi neutralizarea situaţiilor de eşec adaptativ ce se pot constitui în factori de risc pentru sănătatea mentală şi fizică a acestuia.

În evaluarea ecosocioepidemiologică a sănătăţii şi bolii se are în vedere nu numai caracteristicile mediului în care se află omul ci şi faptul că acesta poate reacţiona diferit în raport de particularităţile sale determinate biologic, psihologic şi sociologic. Valoarea teoretică şi practică a studiilor socioepidemiologice constă tocmai în aceea că privind omul ca o fiinţă bio-psiho-socială reuşesc să depisteze „momentele critice, cu risc morbigen, din cadrul proceselor adaptative cărora omul modern trebuie să le facă faţă cu preţul unor eforturi deosebite. Acestea pot fi urmate de diferite „eşecuri“ adaptative reflectate de apariţia unor variate stări morbide.

Progrese importante ale studiilor de socioepidemiologie le găsim prezente şi în dezvoltarea epidemiologiei psihiatrice care, aplicînd metodologia epidemiologică la studiul factorilor de risc ecosociologic, a reuşit să clarifice multe aspecte ale procesului epidemiologic al bolilor psihice. Astfel, sînt acum mai bine cunoscute sursele generatoare de factori de risc pentru activitatea neuropsihică, ca şi căile şi mecanismele prin care aceşti factori se transformă în agenţi psihomorbigeni. Se poate afirma însă că cele mai valoroase date pe care le-a furnizat socioepidemiologia se referă la cel de al treilea factor al procesului epidemiologic al bolilor psihice : particularităţile capacităţii adaptative ale fiinţei umane la condiţiile create în ecosistemul global, tot mai artificializat.

De asemenea, epidemiologia psihiatrică a cîştigat mult în ce priveşte lărgirea cîmpului de acţiune, ca urmare a studiilor socioepidemiologice populaţionale asupra efectelor sanogene şi morbigene ale factorilor sociali, reprezentaţi de condiţiile de viaţă şi de muncă, aflate într-o continuă schimbare, impusă de ritmul accelerat al dezvoltării societăţii umane contemporane.

Studiul proceselor epidemiologice a bolilor psihice a cunoscut succese importante odată cu elaborarea conceptului de factor de risc şi de etiologie multifactorială. În baza acestui concept socioepidemiologia a furnizat epidemiologiei psihiatrice, ca şi altor domenii ale patologiei specifice civilizaţiei contemporane, cunoştinţe despre relaţia deterministă a cauzalităţii bolilor psihice, precizînd că aceste relaţii nu au numai un caracter linear ci mai ales un aspect de interrelaţie complexă, de „reţea cauzală“. S-a putut stabili, de asemenea, că în evaluarea relaţiilor de cauzalitate în bolile psihice trebuie să avem în vedere că aceeaşi cauză poate determina efecte diferite şi acelaşi efect poate fi dat de cauze variate iar, în anumite circumstanţe, se pot înregistra convergenţe cauzale. Deci relaţia cauză—efect poate avea o specificitate relativă.

În evaluarea relațiilor cauzale sociologice se ține seama și de faptul că efectul cauzal depinde de natura elementelor homeostaziei, fiecare individ dispunînd de particularități reacționale, ceea ce impune obținerea de rezultate observaționale atît pe indivizi cît și pe grupuri populaționale.

Relațiile dintre factorii de risc cauzal pot avea raporturi de sinergism sau antagonism fapt ce creează dificultăți în operațiunile de analiză cauzală efectuate în cadrul investigațiilor socioepidemiologice în general și de epidemiologie psihiatrică, în special. Cel mai adesea factorii psihoagresionali provoacă dereglări neuroendocrine și metabolice, de cele mai multe ori nespecifice, care prin însumare determină apariția unor boli cu etiologie plurifactorială. În plus, factorii de risc de ordin sociologic nu acționează în mod izolat asupra organismului ci concomitent cu alți agenți proveniți din interrelațiile om—natură—societate.

Sănătatea fizică și psihică este privită astăzi ca fiind rezultatul evoluției ontogenice a omului iar sanogeneza și morbigeneza își pot găsi condiții favorabile sau defavorabile numai în cadrul ecosistemului global care include o mare diversitate de elemente de ordin natural și social, omul reprezentînd factorul dinamizator sau de frînare a celor două procese. De aceea viața în ansamblul ei, ca fenomen biosocial, impune abordarea problemelor sănătății și a bolii într-un cadru larg social și medical iar în elaborarea măsurilor de protecție a sănătății trebuie avut în vedere că omul este influențat puternic în cursul vieții de relațiile sale cu numeroase variabile sociale și economice.

În ultimul deceniu, ecosocioepidemiologia și-a găsit un cadru propice de dezvoltare, ca urmare a reactualizării și reevaluării implicațiilor medicale și social-economice ale medicinii sănătății, a conservării stării de sănătate fizică și psihică a omului, în cadrul unui sistem cuprinzător de protecție a sănătății.

Socioepidemiologia a dovedit că motivația socială a ocrotirii sănătății mentale exprimă necesitatea unei poziții preventionale la nivelul tuturor eșaloanelor sistemului sanitar iar investițiile pentru menținerea capacității fizice și mentale a omului sînt cele mai avantajoase.

Sănătatea fizică și mentală este o componentă socială distinctă, pentru că în funcție de ea individul este în stare să-și îndeplinească diferitele sale roluri sociale. Sănătatea este o problemă socială atît prin cauză cît și prin efect, ea contribuie la progresul social-economic și depinde în același timp de el. În această noțiune se împletesc elemente culturale, economice, politico-morale și idealuri etico-estetice. Ea trebuie înțeleasă ca cea mai de preț bogăție socială.

Somme actual conceptions regarding the approach of the deep changes in the human ecosystem as a consequence of the complex phenomena generated by the contemporany civilization are presented. His belived that the problems of health and disease can be worked out only at the populational level where the promotion of health and the diseases control devolves, above all, upon ecosocioepidemiology which created the possibility of the manysided knowledge of man with his relationships. This way, the detection and neutralization of the aggressive agents and of first importance for man's mental and physical health are achieved.

ASPECTE ALE MODIFICĂRILOR OPERATIVE ALE GÎNDIRII ÎN EPILEPSIE

P. Brânzei, M. Șelaru, N. Cosmovici, P. Boișteanu
— Iași

Modificările operative ale gîndirii în epilepsie — mai ales la copiii de vîrstă școlară (6—16 ani) — sesizabile în activitatea de adaptare și instruire, precum și în orice activitatea care include un efort mintal, presupun o cunoașterea ansamblată clinic pe structură bio-psiho-socială. Ceea ce interesează în mod deosebit la nivel psihologic avînd majoritatea informațiilor clinice, este cauza, natura și gradualitatea modificărilor psihice, axate pe un nucleu centralizat al operațiilor gîndirii.

În activitatea noastră fizică, de investigare și cercetare ne preocupăm și de găsirea celor mai adecvate metode și instrumente de lucru pentru evidențierea simptomatologiei la nivel bio-psiho-social, fiind antrenați în mod special către un determinism psiho-genetic. De aceea am considerat că o investigare orientativă, cu implicite rezonanțe individuale ale modificărilor psihice, în patologia clinică psihiatrică, poate aduce unele contribuții la sesizarea unor aspecte mai obscure, care scapă investigațiilor obișnuite sau sînt neglijate dintr-o rutină adaptativă.

Interesîndu-ne modificările operative ale gîndirii în epilepsie, am stabilit un sistem de testaj și probe flexibile școlare informative de achiziție, din care prezentăm, prin reluare testul cuburilor Kohs în sistemul Kohs—Golstein, după prelucrarea și etalonarea lui Nadine, Galifret—Granjou și Hilda Santuci (1960) de sub conducerea cunoscutului psiholog René Zazzo. Ne-am oprit mai îndelung asupra valorii acestui test din considerente de interes comun și mai ales pentru că — după noi — poate oferi date informative mai sigure în interpretare clinică cu privire la modulațiile deteriorației mintale. Dintre toate formațiile de teste cunoscute, în care sînt incluse și cuburile Kohs atît izolat cît și grupat, interpretarea calitativă și cantitativă a funcțiilor operative ale gîndirii, ni se pare a fi aceea a lui Granjou—Santuci (1960).

Scurte date informative despre test

Testul cuburilor Kohs este format din 4 cuburi asemănătoare, tetra color (roşu, galben, albastru, alb şi o faţă roşie alb diagonal, iar cealaltă albastru-galben), la dimensiunea de 2,5 x 2,5 cm. Pe lîngă aceasta cuprinde 10 taste (modele) în trei serii, A, B şi C, în gradare dificultativă scăzută.

Modul de administrare începe cu seria cea mai grea seria A, în ordine de la 1 la 10, apoi oferind treptat în funcţie de dificultăţi, celelalte serii B şi C — pînă la reconstituirea modelului din alte 4 cuburi, iar în cazul cînd subiectul nu poate realiza construcţia după tastul seriilor A, B şi C se construieşte modelul (fără a observa subiectul) de către examinator; dacă subiectul prezintă eşec se construieşte detaliat în faţa lui; după fiecare eşec la serii (B şi C) şi modele (1 şi 2) se reia prima serie A la tastul în construcţie respectiv. Timpul de administrare a întregului test este cuprins între 20 şi 45 minute — dar poate fi mult scăzut sau depăşit.

După transformarea punctajului brut în note ponderale se adaugă totalul şi obţinem Q.I. Nota minimă este 0 iar maximă 140 puncte. Timpul de corecţie al testului este redus (1—3 minute) etalonarea este realizată pe ani cronologici şi modele începînd de la 5 ani (în sistemul Granjou—Santuci = 7—13 ani).

Considerăm că de la 5 ani testul se poate aplica în bune condiţii, în mod individual, deoarece, de la această vîrstă copiii sînt informaţi, prin asimilări noţionale cu privire la culoare, formă, model şi mai ales fiind un test de dezvoltare psiho-genetică, fără a ţine seama de sex.

Am investigat 48 de copii, cu diagnostic confirmat clinic de comiţialitate (15 băieţi şi 33 fete) cuprinşi între vîrste şi nivel de şcolarizare diferite (de la 8—15 ani) atît din mediul urban (24) cît şi din mediul rural (24). Întrucît testul cuburilor Kohs — în formaţia amintită şi utilizată de noi, nu are nici o referire specifică pentru diferenţierea dintre sexe, ca rezultat de punctaj şi transformat în Q.I. — la copii care nu manifestă modificări psihice evidente (noi am investigat şi un lot martor de 50 de copii extraclinic şi nu am găsit diferenţe semnificative) în examinarea noastră am găsit unele aspecte diferenţiale pe care le prezentăm în tabelul 1 (15 băieţi) şi tabelul 2 (15 fete). Vezi tabelul 1 şi 2 anexate la sfîrşitul lucrării.

După cum rezultă din alte tabele, comparativ, sînt apropieri de vîrstă cronologică, dar uşoare denivelări ale gradului de şcolarizare (clasa) precum şi apropieri de mediu spaţial geografic (urban—rural). Desigur, rezultatele obţinute sînt şi în funcţie de natura avansată mai mult sau mai puţin a comiţialităţii (frecvenţa crizelor, tratament, modificări psihosomatice, diagnostic diferenţial etc.).

Ceea ce surprindem din compararea ambelor totale, este faptul că în tabelul 2 (fete) rezultatele obţinute global sînt diferenţiate de tabelul 1 (băieţi) în sensul unei ameliorări progresive, atît sub raport de durată, cît şi sub raport de reuşită. Rezultatele reprezentate, în investigaţia noastră în cadrul comiţialităţii pledează pentru o diferenţă pe sex, fetele fiind favorizate atît sub aspectul duratei (a timpului), cît şi sub aspectul rezultatului Q.I.

Am întîlnit şi performanţe care depăşesc Q.I. de barem: la fete 125 (2) şi 112 (6) faţă de 104,9 la vîrsta de 9 ani, la toţi una, 135 (1) fete de 132,8 la 12 ani.

Dar ceea ce ni se pare interesant, dintr-un punct de vedere nou este deosebirea de „zonă" dintre traseul normal şi patologic (respectiv oligofrenie). În felul acesta am ajuns la concluzia că părerea enunţată de prof. dr. P. Brânzei este valabilă în limitele categoriei de diagnostic — hipofrenie — care vizează un psihic carenţiat, dar nu vizează patologia deteriorației mintale (respectiv psihice). Trebuie să se ţină seama că un grup de subiecţi (4 subiecţi se plasează pe un traseu patologic — 8, 9, 10, 11 — 3 subiecţi pe un traseu hipofrenic — 2, 4, 7 — iar ceilalţi 4 pe un traseu variabil normal) prezintă sub aspectul altor aprecieri, insuccese masive, care diferenţiat nu corespund în plan psiho-genetic. Deci testul surprinde elementele de structură psihogenetice, indiferent de celelalte elemente informaţionale.

Raportîndu-ne la datele comparative dintre mediul urban (24) şi mediul rural (24), în configuraţia comiţialităţii şi a comentariului nostru la test, constatăm diferenţe marcante în exercitarea funcţiilor operative ale gîndirii, în ansamblu prin traducere diferenţiată a interpretării ca durată şi reuşită sau eşec. Vezi tabelul următor.

Tabel nr. 1

	Timp			Note ponderate			Q. I.	
Mediu	1—6	7—10	Total	1—6	7—10	Total	Obţinut	Barem
urban	75'52"	218'49"	294'41"	1 290,5	1 214	2 504,5	2 504,5	
rural	189'22"	236' 9"	485'31"	1 121	939	2 060	2 060	

Rezultatele pledează în favoarea mediului urban prin unele diferenţieri semnificative.

Concluzionînd pe marginea datelor prezentate rezultă că prin testul cuburilor Kohs se poate pune în evidenţă diferenţieri pe sexe, grade de şcolarizare (fără semnificaţie la noi) şi mediul abiant.

Din cei 48 copii comiţiali am găsit 18 sub 93,4 deci în interpretarea noastră pe traseu mai mult sau mai puţin accentuat de patologie (care intră în comiţialitate, oligofrenie, unii prin degradare) 18 hipofreni, 9 pe traseu normal, iar 3 cu performanţe. Noi prezentăm numai cîteva particularităţi generale întîlnite cel mai frecvent în cadrul examinării:

- reacţii neuro-vegetative emotive.
- deficienţe în reprezentarea spaţială a dimensiunilor.

— reacţii inhibitive; blocaje de activitate în coordonarea motrică—mintală.

— dificultăţi perceptive de ansamblare (nediferenţierea mărimilor, diviziunilor, culorilor).

— neintegrare operativă.

— modificări mari de: analiză, sinteză, comparaţii, asemănări, deosebiri, clasificare, generalizare şi abstractizare, nuanţat diferenţiate pe modele (mari dificultăţi la tastele 7—10).

— lentoare în activitate.

— schimbarea variaţiilor dispoziţionale.

— tonus verbal — afectiv scăzut.

— mişcări parazite (încercări şi erori).

— oboseală, respiraţie greoaie.

— dificultăţi de înţelegere şi realizare în raporturile perceptive: formă, culoare, mărime, poziţie, diviziune, nesiguranţă, indecizie.

Pe baza celor constatate, considerăm că testul cuburilor Kohs poate aduce un plus de informaţii obiectivizată în simptomatologia comiţialităţii confirmată clinic, punînd în evidenţă modificări ce vizează în primul rînd formele operative ale gîndirii, în psihodiagnosticul diferenţial al deterioraţiei mintale, în sens psiho-genetic.

Tabelul nr. 1

BAIEŢI — SEX

Nr.	Iniţiale	Vîrsta	Clasa	Dacă repetă	Mediu	Timp			Note ponderate		Q. I.		
						1—6	7—10	Total	1—6	7—10	Total	Obţinut	Barem
1.	B.V.	12 ani	VI	nu	rural	1' 6"	1'25"	2'31"	59	76	135	135	132,8
2.	B.M.	15,5 ani	VI	cl. V şi VI de 2 ori	urban	42"	2"	2'42"	60	76	136	136	140
3.	I.E.D.	15,5 ani	VII	cl. IV şi VI	urban	1'42"	3'42"	5'24"	57	66	123	123	140
4.	B.J.	15 ani	as. 8	nu	rural	1'57"	7'15"	9'12"	56	37	93	93	140
5.	C.J.	9 ani	neînscris		rural	2'12"	8'	10'12"	54	47	101	104	104,9
6.	A.E.	14 ani	VII	nu	rural	2'47"	8'25"	11'12"	51	54	105	105	140
7.	S.V.	14 ani	VII	nu	rural	1'26"	11'48"	13'14"	56	34	90	90	140
8.	L.B.	10 ani	tr. IV	nu	rural	5'21"	13'52"	19'13"	48,5	37	85,5	85,5	106,7
9.	S.V.	12 ani	tr. VI	nu	urban	8' 1"	15'45"	23'46"	45	29	74	74	132,8
10.	B.C.	8 ani	V	nu	rural	12'25"	12'37"	25' 2"	30	40	70	70	93,4
11.	P.R.	9 ani	tr. V	cl. II	urban	4'20"	21'25"	25'45"	49	17	66	66	104,9
12.	B.S.	11 ani	tr. V	nu	rural	13'50"	15' 5"	29'55"	40,5	30	70,5	70,5	119,1
13.	S.M.	10 ani	tr. III	nu	rural	8'48"	21'29"	30' 8"	42,5	12	54,5	54,5	100,7
14.	D.G.	8,5 ani	II	nu	rural	29'35"	22'15"	51'50"	16	11	27	27	93
15.	C.C.	12 ani	tr. V		rural	31'45"	24'	55'45"	8	4	12	12	132,8
						125'57"	188'54"	314'57"	671,5	570	1 241,5	1 241,5	

Tabel nr. 2

FETE — SEX

Nr. crt.	Iniţiala	Vîrsta	Clasa	Dacă repetă	Mediu	Timp			Note ponderate		Q. I.		
						1—6	7—10	Total	1—6	7—10	Total	Obţinut	Barem
1.	S.G.	15 ani	1 şc. prof.	nu	urban	1' 9"	2'12"	3'21"	56	72	128	128	140
2.	R.M.	9 ani	III	nu	urban	3'38"	3'49"	7'18"	55	70	125	125	104,9
3.	R.M.	12 ani	tr. VI	nu	rural	1'54"	5'50"	7'44"	54	61	115	115	132,8
4.	R.V.	13 ani	VI	nu	rural	1'38"	6'45"	8'23"	60	57	117	117	132,8
5.	S.E.	14 ani	VII	nu	urban	1'54"	7'43"	9'37"	55	54	109	109	140
6.	L.C.	9 ani	III	nu	urban	2'16"	8'10"	10'26"	57	55	112	112	104,9
7.	I.E.	14 ani	VII	nu	urban	2'54"	8'35"	11'29"	55	53	108	108	140
8.	L.E.	10 ani	tr. IV	nu	urban	2' 5"	10'25"	12'34"	57	42	99	99	106,7
9.	V.M.	12 ani	V	nu	rural	3'14"	14'50"	18' 4"	38	55	93	93	132,8
10.	M.D.	15 ani	VIII	nu	rural	2'14"	17'50"	20' 4"	54	28	82	82	140
11.	P.M.	14 ani	VII	nu	urban	1'52"	19'10"	21' 2"	54	28	72	72	140
12.	M.M.	10 ani	tr. IV	nu	rural	3' 3"	21'30"	24'33"	52	18	70	70	106,7
13.	T.M.	15 ani	VIII	nu	rural	12'31"	18'21"	30'56"	40	20	60	60	140
14.	G.A.	11 ani	IV	cl. I	rural	16' 4"	23'49"	39'44"	29,5	8,2	37,7	37,7	119,1
15.	A.E.	11 ani	tr. III	cl. II/IV	urban	17'19"	25' 5"	42'24"	31,5	11	42,5	42,5	119,1
						74'29"	193'50"	267'39"	748	622,2	1 370,2	1 370,2	—

Tabel nr. 3

Nr. crt.	Iniţiala	Vîrsta	Clasa	Dacă repetă	Mediu	Timp			Note ponderate		Q. I.		
						1—6	7—10	Total	1—6	7—10	Total	Obţinut	Barem
1.	B.M.	15,5 ani	VI	V şi VII	urban	42"	2'	2'42"	60	76	136	136	140
2.	Z.V.E.	15 ani	VII	—	urban	1' 7"	2' 9"	3'16"	55	72	127	127	140
3.	S.A.E.	13 ani	V	I şi II	urban	1' 2"	2'37"	3'39"	59	74	133	133	134,9
4.	I.E.D.	15,5 ani	VII	VI	urban	1'42"	3'42"	5'24"	57	66	123	123	140
5.	C.J.F.	13 ani	tr. VI	V	urban	3'34"	2'16"	5'50"	54	74	128	128	134
6.	C.J.	9 ani	neşcolarizat		rural	2'12"	8'	10'12"	54	47	101	101	104,9
7.	V.S.M.	12 ani	V	I	rural	3'14"	14'50"	18' 4"	55	38	93	93	132,8
8.	P.R.	9 ani	II	II	urban	4'20"	21'25"	25'45"	49	17	66	66	104,9
9.	N.A.F.	14 ani	VII	VII	rural	12'40"	17'35"	30'15"	44	25	69	69	140
10.	A.E.F.	11 ani	tr. III	II—III	urban	17'19"	25' 5"	42'24"	31,5	11	42,5	42,5	119,1
11.	C.C.	12 ani	neşcolarizat		rural	31'45"	24'	55'45"	8	4	12	12	132,8
						79'39"	123'39"	203'16"	526,5	504	1 030,5	1 030,5	

UTILIZAREA UNUI CHESTIONAR DE EVALUARE A SĂNĂTĂŢII PSIHICE (CESP) ÎN UNELE COLECTIVITĂŢI DIN POPULAŢIA MUNICIPIULUI BUCUREŞTI

T. Lohan, M. Bejat, B. Lucaciu, A. Popescu, Victoria Lohan
— *Bucureşti*

Autorul acestui chestionar este psihologul american Thomas Langner (1962). În alcătuirea lui, el a pornit de la Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) şi de la NSA (Neuropsychiatrie Screening Adjunct), din care a selecţionat iniţial 120 de întrebări cu care a început testările experimentale.

A aplicat chestionarul în această primă formă pe un lot de 139 bolnavi psihici şi pe 72 de subiecţi declaraţi indemni de orice tulburare psihică de către un psihiatru care consacra 30 minute pentru examinarea fiecărui subiect.

În urma acestei testări au fost reţinute numai 32 de întrebări, cele la care răspundeau favorabil o mare parte dintre bolnavi (peste 15%) şi o extrem de mică parte dintre sănătoşi (tinzînd spre 0%).

Validarea chestionarului a fost făcută de Lagner pe 1 660 subiecţi între 20—59 ani, domiciliaţi într-un cartier central din New York. Corelaţiile tetrachorice (între estimările făcute de 2 psihiatri, independent, cu privire la prezenţa sau absenţa simptomului şi răspunsurile la cele 22 de întrebări) au fost de la 0,41 la 0,79.

Alte studii de validare a acestei scale de sănătate psihică au mai făcut pe populaţia americană Manis, Brawer, Hunt şi colab. 1963 precum şi Prince, Mombour, Shinner şi Roberts (1967), aceştia din urmă comparînd scorurile unor bolnavi psihici internaţi cu acelea ale unui eşantion din populaţia generală; Fink, Goldenschn, Shapiro şi colab. (1967) confruntînd datele obţinute la chestionar cu cele furnizate de examenul clinic efectuat de medicii generalişti: Shader, Ebert şi Harmatz (1971) au corelat scorurile dobîndite la chestionar cu cele ale unor teste de anxietate.

Amiel şi Lebigre (1970) adaptează şi aplică acest chestionar în Franţa pe diverse grupe de subiecţi (N = 501) variind ca sex, vîrstă (între 17—64 ani), ca activitate (elevi şi muncitori în special), dintre care unii consultaseră un psihiatru iar alţii nu, precum şi pe 2 grupe de bolnavi psihici (N = 88). Autorii respectivi constată că media scorurilor celor ce se situează printre primii 20% (ca mărime) este în eşantionul lor (N = 501) de 10,56, iar în restul de 80% de 4,07 (diferenţă puternic semnificativă: p 0,001; t 28,8) şi foarte puţin diferită de media la chestionar a bolnavilor nevrotici (M = 10,32; t = 0,44 nesemnificativ, iar pentru primii 30%, media scorurilor este de 9,52 — similară mediei scorurilor subiecţilor care au consultat recent un psihiatru (M = 9,58).

La o parte dintre subiecţi (N = 43) Amiel şi Lebigre au aplicat pentru comparaţie şi alte texte de anxietate (Cattell) şi de emotivitate (Bell). Autorii nu prezintă corelaţiile dintre datele obţinute, ci doar procentele din care rezultă că textul Bell depistează 71% dintre subiecţii cu scor de chestionar mai mare ca 9 şi 60% dintre cei cu scoruri între 5—8.

Într-o cercetare ulterioară, Amiel—Lebigre şi Chavance (1974) supun datele obţinute pe un eşantion de 488 de subiecţi din populaţia generală, unei analize menite să ducă la cunoaşterea structurii factoriale a chestionarului, utilizînd metodele de descriere multifactorială — analiza factorială în componente principale și analiza factorială a componentelor.

Analizele factorilor scot în evidență faptul că testul diferențiază bine între prezența și absența tulburărilor, proiectînd răspunsurile patologice în partea negativă a axei — cu excepția unui singur răspuns „uneori, la întrebarea 7 (nervozitate) — care fiind frecvent și la populația sănătoasă se proiectează în partea pozitivă a axei, reprezentînd absența tulburărilor psihice. În cîmpul din partea negativă a axei se proiectează — grupate separat — răspunsurile la întrebările de depresie și cele la întrebările de anxietate somatizată.

Această calitate discriminativă a chestionarului este foarte importantă întrucît el urmărește screening-ul, depistarea simptomelor care prin structura și potențare sînt sau pot deveni patologice.

Testul a fost utilizat de numeroși autori, pe populații diferite, în contexte diferite : pe o populație franceză formată din institutori și cadre medii (Amiel și Marcé-Gradjan, 1972) ; pe o populație canadiană, studiindu-se variațiile scorurilor în funcție de sex, vîrstă origine etnică, venituri și domicilii (Engelsmann, Murphy, Price, Leduc și Demers, 1971) ; sau, în SUA, variațiile scorurilor în funcție de nivelul socio-economic (Shader, Ebert și Harmatz, 1971).

Alte cercetări se ocupă de sănătatea psihică a persoanelor divorțate (Blumenthal, 1967) și a părinților unor copii suferinzi de fenilcetonurie (Blumenthal, 1967), ori a părinților unor copii handicapați mintal (Fabrega și Haka, 1967). Testul a fost de asemenea utilizat în medicina muncii (Bessuges, 1972 și Thiery — cit. Amiel — Lebigre și Chavance, 1974), precum și într-o serie de lucrări de licență, majoritatea în medicina muncii (citate de Amiel—Lebigre și Chavance) asupra tulburărilor psihosomatice ale unor tinere muncitoare din Role (Berteux), a vulnerabilității psihice a vînzătoarelor dintr-un magazin mare din Bruxelles (Grégoire), despre sănătatea psihică a șoferilor de pe taximetrele din Paris (Laffont). și asupra importanței handicapului psiho-social și psihopatologic într-o populație de muncitori metalurgiști din Liège (Wannet).

Descrierea chestionarului. Chestionarul lui Lagner—Amiel—Lebigre este alcătuit din 22 întrebări cu răspunsuri standardizate („închise“) — 55 de răspunsuri posibile ; 6 dintre cele 22 de întrebări (6, 14, 19, 20, 21, 22) vizează simptomatologia depresiei, iar celelalte — manifestări de anxietate somatizată. La 12 din întrebări sînt posibile 2 răspunsuri (de ex. Da și Nu) ; la 9 întrebări există și posibilitatea unui răspuns intermediar (de ex. deseori, uneori, niciodată, sau : bine, acceptabil, prost), la întrebarea 6 răspunsul putînd fi mai nuanțat, existînd patru posibilități de alegere (foarte bine dispus, dispus, trist, foarte trist). Răspunsurile notate cu un asterix în chestionarul anexat cînd sînt subliniate, se cotează cu un punct, iar răspunsurile opuse cu 0 puncte. Pentru răspunsurile intermediare subliniate, se acordă 1/2 puncte (cu excepția întrebării 6. la care sublinierea uneia din primele două răspunsuri se cotează cu 0 puncte, iar a oricăruia din ultimele două — cu 1 punct și, eventual a răspunsului „uneori“ la întrebarea 7 care datorită faptului că în urma analizelor factoriale s-a dovedit a fi lipsită de semnificație patologică, ar putea fi cotat cu 0).

Suma punctelor întregi constituie *scorul global 1.* Adăugîndu-se acesteia suma jumătăților de puncte, se obține *scorul global 2.* Suma notelor acordate pentru răspunsurile la întrebările de depresie ne dă scorul parțial care poate varia între 0 și 6. Scorul general poate varia între 0 și 22.

Punctele de clivaj între normalitate și patologie sînt considerate de Lagner a fi pentru populația americană 7, iar de Amiel—Lebigre pentru populația franceză 9. Scorurile între 0 și 4 sînt considerate de majoritatea autorilor ca semn al absenței tulburărilor psihice nevrotice. Mediile scorurilor la chestionarul de evaluare a sănătății psihice (la testul de sănătate totală, cum îl numește Amiel—Lebigre) corespund celor 4 categorii în care au fost împărțiți subiecții (N = 127 elevi) de către un psihiatru care a analizat simptomatologia prezentată de subiecți așa cum era ea consemnată în dosarele lor (A = caz psihiatric, sigur, B = caz posibil psihiatric, C = caz posibil nepsihiatric, D = caz cu siguranță nepsihiatric), sînt arătate în tabelul următor :

Tabel nr. 1

T.S.T.	A	B	C	D
Nota globală 1	8,8	7,5	5,0	3,4
Nota globală 2	10,1	9,0	6,0	4,4
Nota parțială	3,2	2,5	1,6	1,0

Chestionarul are în oarecare măsură limitele specifice metodei respective, posibilitatea disimulării, a distorsiunii răspunsurilor, a ajustării lor în sensul considerat favorabil etc., intențiile adevărate, distrăgînd atenția — prin accentul pus pe corelatele somatice — și evitînd astfel prejudecățile existente în legătură cu bolile psihice.

Întrebările sînt clare și ușor de înțeles, iar numărul lor este mic (22) și tipul de pasaj scurt (cca 10 minute). astfel încît nu induce plictiseala sau oboseala.

Ca în aplicarea oricărui test, în aplicarea chestionarului de față, nu trebuie cerut mai mult decît poate da el. Diagnostic diferențial, de pildă, nu se poate cere nici unor instrumente de mai mare amploare ca MMPI-ul care conține 550 de întrebări și 9 scale patologice (corespunzînd tendințelor hipocondriace, depresive, isterice, psihopatice, de masculinitate-feminitate, paranoiace, psihastenice, schizofrenice și hipomaniacale), cu atît mai mult nu se poate cere așa ceva acestui mic chestionar cu 22 întrebări care are un cu totul alt scop — foarte important în perspectiva psihiatriei sociale și a medicinii preventive — și anume acela de a ajuta la depistarea sistematică a celei mai mari părți a persoanelor cu risc crescut de îmbolnăvire psihică din populație, în scopul de a o proteja, de a preveni apariția tulburărilor severe și a evita caracterul ireversibil pe care ar putea să-l capete acestea.

Nu se poate pune desigur problema de a depista cu ajutorul acestui chestionar absolut toate tulburările psihice, întrucît — în primul rînd — este lipsit de sensibilitate pentru simptomatologia psihotică, iar în privința nevroticilor — în unele cazuri — (nu prea numeroase), datorită nesincerității subiecților el poate avea unele scăpări.

Cu toate acestea după datele unor cercetări relatate de Amiel—Lebigre (1970), Shapiro şi colab. (1967), chestionarul depistează 70% dintre subiecţii (generaliştii) care lucrează în domeniul medicinii muncii, neavind o pregătire satisfăcătoare în domeniul psihiatriei, nu reuşesc să depisteze mai mult de 20% dintre aceştia.

Tabel nr. 2

Baza de cercetare		GRUPA DE VÎRSTĂ										
		17—20	21—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46—50	51—55	56—60	peste 60	Total
Elevi	Total	154										154
	Masc.	62										62
	Fem.	92										92
Studenţi	Total	259	196	5								460
	Masc.	66	78	4								148
	Fem.	193	1 188	1								312
Unitate de habitat	Total	19	18	24	18	40	42	22	13	8	17	221
	Masc.	8	12	8	6	17	26	15	8	5	3	108
	Fem.	11	6	16	12	23	16	7	5	3	14	113
Muncitoare la I.C.T.B.	Total	79	186	133	106	75	67	63	35	12	1	757
	Masc.											
	Fem.	79	186	133	106	75	67	63	35	12	1	757
TOTAL	Total	511	400	162	124	115	109	85	48	20	18	1 592
	Masc.	136	90	12	6	17	26	15	8	5	3	318
	Fem.	375	310	150	118	98	83	70	40	15	15	1 274

Rezultatele obţinute cu acest chestionar, au doar o valoare probabilistică, selecţionînd cea mai mare parte a subiecţilor cu risc crescut de îmbolnăvire. Buna capacitate de screening a chestionarului, atestată de studiile de validare şi de concluziile autorilor care l-au utilizat, faptul că era scurt şi cere un timp redus de pasaj şi cotare, este uşor de interpretat, calităţi care fac din el un instrument utilizabil pe eşantioane mari de populaţie, aceste calităţi ne-au determinat să-l adaptăm şi să-l experimentăm pe cîteva eşantioane din populaţia românească.

Modificările aduse de noi au constat în formulări ale întrebărilor corespunzătoare spiritului limbii române şi unei cît mai mari accesibilităţi — menţinînd sensul întrebărilor, în adăugarea a doi itemi (itemul 23 „Vă consideraţi în general un om sănătos ?“, întrebare cu înaltă valoare pentru clarificarea raportului dintre cuantumul simptomatic şi sinteza imaginii de sine a subiectului şi itemul 24 „Mai aveţi ceva de adăugat în legătură cu sănătatea Dvs. ?,“ itemi care nu intră în scorul chestionarului şi nu modifică cotarea şi interpretarea sa); de asemeni categoriile B şi C ale lui Amiel—Lebigre au fost comasate într-o singură categorie de probabilitate (categoria II — subiecţi probabil cu risc crescut de îmbolnăvire) datorită faptului că rezultatul examenului medico-psihologic a fost clasat în trei coduri clinice.

Rezultă astfel trei categorii de suspiciune la chestionar: categ. I — probabil sănătos, categ. II — probabil subiect cu risc crescut de îmbolnăvire, categ. III — probabil bolnav psihic. Aceste categorii corespund celor trei coduri clinice şi fac posibilă determinarea corelaţiei necesare validării într-un tabel de contingenţă pătratic.

Ca indicatori pentru validare a fost folosit scorul global 1. Analiza factorială a itemilor nu a fost necesară întrucît datele furnizate de autorii americani şi francezi au fost concordante.

Lotul pe care s-a validat chestionarul a fost format din 1 592 subiecţi din cadrul a patru baze de cercetare: liceu teoretic, facultatea de Medicină Generală, o unitate de habitat-bloc cu 85 apartamente şi o întreprindere textilă — I.C.T. Bucureşti, precum şi 100 bolnavi psihic internaţi în serviciile Spitalului Clinic „Dr. Gh. Marinescu“ — drept lot de comparare.

Datorită neomogenităţii lotului general, atît pe criteriul vîrstei, sexului şi al nivelului socio-cultural, cît şi al tipului şi gradului de solicitare — comparaţia dintre lotul global şi unele loturi parţiale, omogene pe cel puţin unul dintre aceste criterii devine revelatoare în discutarea factorilor de risc crescut de îmbolnăvire psihică.

Lotul nostru a cuprins persoane între 17—75 ani, avînd următoarea structură pe vîrste, sexe și baze de cercetare (tabelul III). Repartiția scorurilor chestionarului în populația globală este reprezentată în graficul I. Variația scorului chestionarului în funcție de vîrstă prezintă următorul aspect :

Tabelul nr. 3

Grupa de vîrstă	17—20	21—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46—50	51—55	56—60	60
Media de scor (M)	6,58	6,67	6,99	7,88	8,39	9,57	8,70	9,22	10.08	12,72
Abaterea standard	5,70	5,84	4,33	5,30	5,12	5,57	3,92	4,71	2,21	2,80

Se observă o creștere relativ liniară a scorului mediu cu vîrsta. Se remarcă de asemenea un salt de scor la vîrsta 41—45 ani corespunzător cu saltul procentajului sporit al persoanelor cu risc crescut de îmbolnăvire și a celor bolnave depistată în această grupă de vîrstă. Valorile distribuționale mai scăzute la vîrstele înaintate vorbesc despre omogenitatea mai mare a cuantumului simptomatic, diferențierea între sănătos, persoană cu risc crescut și bolnav făcîndu-se astfel mai greu pe baza itemilor unui chestionar simptomatic.

O altă variație evidențiabilă se poate constata în funcție de sexul subiecților. Dacă pe lotul general diferența mediilor de scor nu este semnificativ diferită pentru bărbați și femei ($Mf = 7.4811$, $f = 5,4512$, $nf = 1\,274$, $Mb = 6,9283$, $b = 5,3971$, $nb = 318$) — $t = 1,63$; $P = 0.0990$, făcînd diferența în cadrul unui lot parțial (habitat), diferența mediilor scorurilor la bărbați și femei $Mf = 8,02$ $f = 3,983$ $nf = 113$, $Mb = 5,99$, $b = 3,917$ $nb = 108$) apare semnificativă : $t = 3,8196$ pentru $P = 0,0001$. La studenții facultății de medicină și la elevi diferența de medie, deși constant mai mare la femei decît la bărbați nu este semnificativă. Comparînd cu datele epidemiologice bazate pe examenul medico-psihologic se constată că în unitatea de habitat — cu toate că atît procentul de bolnavi cît și cel de persoane cu risc crescut aproximativ 20%, se meține relativ egal repartizat în populația feminină și cea masculină, datele CESP vin să confirme încărcătura simptomatică mai mare a femeilor cu o viață de familie constituită.

În conformitate cu datele din literatură, coeficientul de expresie simptomatică al femeilor apare și la chestionarul de screening constant mai mare decît al bărbaților — chiar dacă — la populațiile tinere și selecționate după criterii socio-culturale și intelectuale, această diferență nu se developează statistic semnificativ.

Dacă comparăm valorile centrale ale lotului de la ICTB, exclusiv feminin, cu oricare din valorile corespunzătoare din celelalte loturi se observă diferențe semnificative (Anexa 1). Dacă se face comparația cu lotul de femei din unitatea de habitat, unde compoziția după vîrstă este aproximativ echivalentă ajungem la diferențe semnificative ale valorilor centrale, crescute la lotul ICTB, (la ICTB media 9,936, $= 4,312$, $n = 757$; lot feminin din unitatea de habitat media $= 8,02$ $= 3,983$, $n = 113$; rezultă $t = 21,23$ pentru $p = 0,011$).

Această diferență nu poate fi explicată decît prin incriminarea unor factori de încărcătură psihopatogenetică specifică mai mare la lotul de la ICTB.

Comparația valorilor medii ale loturilor noastre parțiale dă diferențe semnificative ale notelor t, cu excepția diferenței dintre mediile scorurilor loturilor de elevi și studenți, care sînt echivalente, relativ omogene. Redăm mai jos notele t ale comparației mediilor : — studenți — elevi $t = 0,3463$ — nesemnificativ ; — elevi — unit. habitat $t = 8,01$ $p < 0,01$; — elevi — muncitori I.C.T.B. $t = 34,96$ $p < 0,01$; — studenți — unit. habitat $t = 5,19$ $p < 0,01$; — studenți — muncit. I.C.T.B. $t = 20,83$ $p < 0,01$; — U. Habitat — I.C.T.B. $t = 24,63$ $p < 0,01$.

Putem afirma în conexiune cu datele de mai sus, că CESP măsoară într-un anumit sens, coeficientul de expresie simptomatică, în altul cel de suferință acceptată de individ și în alt sens gradul de „plîngere" adică de obiectivare a tensiunilor.

Indicatorul pe baza căruia s-a validat chestionarul de screening, este codul clinic în care a fost încadrat respectivul subiect pe baza unui examen medico-psihologic individual.

Repartiția scorurilor la chestionar în funcție de codurile clinice prezintă următorul aspect (Grafic 2) :

Codul clinic 1 (persoane sănătoase din punct de vedere psihic) prezintă o repartiție moderat oblică pozitivă, cu valorile centrale în jurul valorii 7 ($M = 7,2977$; median $= 6,30$). Valoarea cea mai frecventă, modul este 3,5. Aceasta arată că sănătatea presupune în aspectul ei statistic, fie o cantitate de simptome minore ca intensitate sau neorganizate într-o trăire semnificativă pentru individ, fie un număr redus de simptome, nu o lipsă de simptome.

Graficul și valorile distribuționale destul de mici arată că sănătoșii sînt relativ omogeni din punct de vedere al cuantumului de expresie simptomatică. Printre subiecții codului clinic I (sănătoși) există însă și subiecți cu scor mare la chestionar. O analiză a acestora în funcție de răspunsul la întrebarea 23 (dacă se consideră sănătos în general), arată că foarte puțini dintre aceștia răspund negativ — din neînțelegere a sensului întrebării care se referă la timp în general și la sănătatea psihică în special, ei referindu-se la o boală somatică acută din perioada testării. Majoritatea subiecților cu scoruri mari confirmă însă ipoteza că un număr mare de simptome obținute prin chestionare active nu constituie pentru individ și pentru examinatorul clinician elemente suficiente structurate în perspectiva riscului de îmbolnăvire psihică. De aceea continuăm să susţinem că simptomele izolate depistate printr-un chestionar preformat, nu constituie în sine elemente de risc decît într-o anumită constelaţie care depăşeşte un prag de semnificare globală pentru individ.

Codul clinic 2 (persoane cu risc crescut de îmbolnăvire) prezintă o repartiţie simetrică (conform aşteptărilor) cu un coeficient de potrivire foarte bun cu curba teoretică, normală (coeficientul de potrivire Elderton = 0,731 dacă se face ajustarea valorilor din clasa de scor 4—5,5) ; valorile centrale se află în jurul cifrei de 10,5 (vezi graficul 2). Maximul local din clasa de scor 4—5,5 — care constituie şi modul repartiţiei — necesită o interpretare : el se poate datora faptului că o serie de subiecţi cu un registru relativ redus de simptome, dar care se exprimă în domeniul vieţii de relaţie (itemii de depresie din chestionar) şi care nu antrenează alte simptome, tind să fie introduşi la examenul medico-psihologic în cazul persoanelor cu risc crescut de îmbolnăvire. Simptomatologia respectivă constituie pentru criteriile clinice un factor de risc evident, cu atît mai mult cu cît o etiologie somatopsihică a depresiei nu apare. Aceşti subiecţi sînt consideraţi a fi persoane cu risc crescut mai ales din punct de vedere al incapacităţii personologice de ajustare la modificarea factorilor ambientali sau socioculturali. Constatarea acestei aglutinări a unei anumite categorii de persoane cu risc crescut de îmbolnăvire psihică în jurul unei valori inferioare a expresiei simptomatice poate constitui un punct de plecare pentru aprofundarea mijloacelor de investigare şi a conceptului de persoană cu risc crescut. Din analiza distribuţiei se poate constata (vezi graficul 2) că populaţia cu risc crescut are valorile distribuţionale cele mai mari ca scor. Rezultă că populaţia cu risc crescut nu este determinată suficient de cantitatea de simptome exprimate, un demers fenomenologic şi calitativ fiind necesar în determinarea subiectului cu risc crescut.

Codul clinic 3 (bolnavi) — se repartizează ca scoruri într-o curbă moderat asimetrică negativă. Valorile centrale ale scorurilor se plasează în jurul cifrei 14 (grafic 2), deci la limita inferioară a valorilor clasei la departajare pe scoruri pe care o analizăm mai jos. Această plasare a valorilor centrale la limita de jos a clasei se datorează şi faptului că în loturile noastre apar persoane psihotice sau psihopatice care dau scoruri relativ mici. Fie că expresia simptomatică de tip psihotic sau comportamental nu este acoperită de chestionar, fie că apare tendinţa de disimulare a unor persoane care încearcă să evite un nou contact medical şi obligaţii medicale cu tot consemnul de gratuitate al chestionarului din acest punct de vedere. Cu toată această situaţie valorile distributive ale scorului bolnavilor sînt suficient de mici pentru a proba relativa congruenţă din punct de vedere al cantităţii de simptome de tip nevrotic al persoanelor catalogate la examenul medico-psihologic drept bolnavi.

Pentru ca chestionarul să poată fi utilizat ca instrument de screening pe populaţii analoage, am încercat reaşezarea limitelor de probabilitate date de autorii străini. Aceste limite trebuie să satisfacă mai multe criterii, pe care în ordinea ponderii le vom enumera : — maxima corelaţie cu criteriul clinic (categoriile clinice de încadrare prin examenul medico-psihologic) — folosite drept criteriu principal de validare ; — criteriul epidemiologic — folosit şi de autorii (străini) francezi de aşezare a limitelor inferioare a categoriei „probabil bolnavi“ astfel încît să cuprindă în categoria respectivă date apropiate de datele epidemiologice care arată o incidenţă în jur de 15—20% (18,51%) din care 86% cu tulburări marginale în populaţia capitalei — Predescu şi colab. 1974 ; — criteriul economiei — programarea unui minim necesar de consultaţii de precizare pentru categoriile de suspiciune (risc crescut şi bolnavi) — în caz de depistare epidemiologică sau sănătoşi în depistarea de selecţie profesională ; acest criteriu, deşi major, a fost trecut pe locul trei din cauza relativităţii sale faţă de scopul screeningului şi înlocuirea sa cu un optim de cunoaştere ; — criteriul statistic al simetriei limitelor faţă de valorile centrale (în cazul nostru pentru categoria persoane cu risc crescut de îmbolnăvire).

Pe baza acestora s-au stabilit pentru populaţia globală a loturilor, următoarele limite de scor de departajare ale claselor de probabilitate : 0—4,5 (inclusiv) = probabil sănătoşi ; 5—13,5 = probabil persoane cu risc crescut ; egal sau mai mare ca 14 = probabil bolnavi. În acest caz tabelul de contingenţă al scorurilor chestionarului cu determinarea medico-psihologică pe coduri clinice arată astfel pentru populaţia totală :

Tabelul nr. 4

Scor	Probabil sănătoşi 0—4,5	Probabil pers. cu risc 5—13,5	Probabil bolnavi 14	Total
Cod cl. I	598	425	57	1 071
Cod cl. II	48	187	85	320
Cod cl. III	8	91	102	201
Total	645	703	244	1 592

Ipoteza de Independenţă

433,93	479,93	164,14
129,65	141,30	49,05
81,44	88,76	30,80
		1 592

$x^2 = 517{,}445$

Se observă că tabelul de contingenţă e izotropic şi rezultă o corelaţie pozitivă între cele două serii de date : un coeficient de contingenţă C = 0,479 = 4 pentru p 0,01.

Această delimitare reuşeşte să ţină cont de toate cele 4 criterii enumerate la început, avînd şi indicele de contingenţă maxim (din 36 variante calculate cu probabilitatea de a mări gradul de corelaţie). Aceste limite pot servi ca ghid pentru un screening pe o populaţie globală fără a avea alte informaţii privind structura lotului. Aplicînd criteriile asupra loturilor parţiale se obţin limite mai precise de delimitare dată fiind omogenitatea mai mare a loturilor (vezi anexa 2). Diferenţa apare doar la limita inferioară (departajarea probabililor sănătoşi de probabilii subiecţi cu risc crescut), limita superioară fiind aceeaşi chiar dacă unele criterii sînt încălcate, cum ar fi cel al proporţiei probabililor bolnavi corespunzător cu cea dată de studiile epidemiologice în populaţia generală. Aceasta datorită faptului că datele privind populaţia generală nu pot avea putere de criteriu privind morbiditatea într-o populaţie tînără, selecţionată pe criteriul aptitudinilor intelectuale, cum este populaţia de elevi de liceu teoretic şi cea de studenţi la facultatea de medicină generală. De aceea aici categoria de probabil bolnavi se îndepărtează semnificativ de cifra de morbiditate generală, fiind însă corespunzătoare cifrelor de morbiditate obţinute prin examen clinic pe aceste populaţii : (la elevi — Cod clinic III = 3,24%; probabil bolnavi după CESP = 3,24%; la studenţi — Cod clinic III = 3,69%; probabil bolnavi după CESP = = 2,17%).

Variaţiile limitei inferioare de la 4,5 la loturile de elevi, studenţi şi unitatea de habitat, la 7,5 la lotul de muncitoare de la FCTB, este explicată atît de structura exclusiv feminină a lotului (vezi comparaţia pe sexe), cît şi mai ales de încărcătura psihopatogenetică mai mare în general la acest tip de populaţie unde atît cifra de morbiditate (17,44%) cît şi procentul de probabil bolnavi după CESP (27,08%) sînt mai mari. Se poate observa (fără o relevanţă statistică şi fără pretenţia de regulă că în timp ce la studenţi apare o tendinţă de estompare a simptoamelor prin CESP faţă de examenul clinic, la muncitoarele de la FCTB cifra procentuală obţinută prin CESP ar arăta o supralicitare a expresiei simptomatice.

Această diferenţiere poate avea o explicaţie care implică factorii de încărcare prezenţi dar şi una ţinînd de nivelul socio-cultural diferit. Comparînd datele obţinute pe lotul nostru depistat activ cu rezultatele la chestionar a 100 de bolnavi diagnosticaţi pasiv la Policlinica „Dr. Gh. Marinescu", s-au obţinut următoarele rezultate :

Bolnavii se repartizează ca scor după o curbă moderat oblică negativă cu un coeficient de oblicitate 0,25 (0,23 la lotul de cercetare). Valoarea mediei şi abaterii standard ; M = 12,74 = 2,1354 (faţă de M = 13,675 = 3,983 la lotul de cercetare). Compoziţia lotului are însă 25 de subiecţi (25%) diagnosticaţi ca psihotici şi organici, proporţie mult mai mare de relativ paucisimptomaticii care scapă puterii de diagnostic aşteptate a chestionarului. Media subiecţilor nevrotici şi a bolnavilor cu trăsături psihopatice este de 13,254, diferenţa faţă de lotul de cercetare devenind nesemnificativă. Singura diferenţă este aceea a valorii de dispersie explicabil ca mai mare în lotul nostru depistat activ prin variaţia mai mare a cantităţii de simptome, apărînd atît cazuri ca cele discutate mai sus unde cu toată încărcătura simptomatică mare subiectul nu consideră că pentru aceastea — cu toate că funcţionează social defectuos — trebuie să se adreseze medicului sau, bolnavi cu fenomenologie redusă ca varietate dar cu intensitate accentuată, de obicei de tip depresiv şi care nu se prezintă la consultaţiile medicale din proprie iniţiativă.

Chestionarul are o bună putere de discriminare (predicţie) cu toată relativa sa simplitate şi numărul redus de itemi, reuşind să încadreze bine în toate ca-

ANEXA 1

HABITAT

Scor C.E.S.P.	0—1,5	2—3,5	4—5,5	6—7,5	8—9,5	10—11,5	12—13,5	14—15,5	16—17,5	18—19,5	20—22	Total
Cod cl. I	44	32	25	23	6	2	1	0	0	0	0	133
Cod cl. II	0	5	6	3	8	7	2	6	2	1	1	41
Cod cl. III	0	4	5	4	10	5	5	7	4	2	1	47
Total	44	41	36	30	24	14	8	13	6	3	2	221

MEDIAN = 5,472 Q_1 = 2,573 Q_3 = 9,354 ; M = 6,242 = 4,017

I.C.T.B.

Scor C.E.S.P.	0—1,5	2—3,5	4—5,5	6—7,5	8—9,5	10—11,5	12—13,5	14—15,5	16—17,5	18—19,5	20—22	Total
Cod cl. I	59	58	69	68	67	54	39	31	12	6	4	467
Cod cl. II	0	3	13	8	15	21	27	26	25	16	4	158
Cod cl. III	0	0	1	5	4	18	23	19	22	21	19	132
Total	59	61	83	81	86	93	89	76	59	43	27	757

MEDIAN = 13,700 Q_1 = 5,11 Q_3 = 14,21 ; M = 9,936 = 4,312

ELEVI

Scor C.E.S.P.	0—1,5	2—3,5	4—5,5	6—7,5	8—9,5	10—11,5	12—13,5	14—15,5	16—17,5	18—19,5	20—22	Total
Cod cl. I	35	35	25	4	1	1	0	0	1	0	0	102
Cod cl. II	0	0	13	16	10	5	2	0	1	0	0	47
Cod cl. III	0	0	1	0	0	0	1	2	1	0	0	5
Total	35	35	39	20	11	6	3	2	3	0	0	154

MEDIAN = 4,269 Q_1 = 2,150 Q_3 = 6,487 ; M = 4,535 = 3,157

STUDENŢI

Scor C.E.S.P.	0—1,5	2—3,5	4—5,5	6—7,5	8—9,5	10—11,5	12—13,5	14—15,5	16—17,5	18—19,5	20—22	Total
Cod cl. I	112	129	52	47	20	5	1	3	0	0	0	369
Cod cl. II	9	7	16	10	10	8	11 2	3 2	0 1	0 1	0 0	74 17
Cod cl. III	0	1	0	0	4	6						
Total	121	137	67	57	34	19	14	8	1	1	0	460

MEDIAN = 3,591 Q_1 = 1,900 Q_3 = 6,666 ; M = 4,365 = 3.591

ANEXA II

Tabelele şi coeficienţii de contingenţă între C.E.S.P. şi examenul clinic pe baze de cercetare

ELEVI

Scor C.E.S.P.	0—4,5	5—13,5	14	Total
I	83	18	1	102
II	6	40	1	47
III	1	1	3	5
Total	90	59	5	154

$x^2 = 46,235$

$$C = \sqrt{\frac{X^2}{N-X^2}} = 0,655 \quad (\gamma = 4)$$

$p < 0,01$

STUDENŢI

Scor C.E.S.P.	0—4,5	5—13,5	14	Total
I	267	99	3	369
II	24	47	3	74
III	1	12	4	17
Total	292	158	10	460

$x^2 = 96,132$

$C = 0,514$ $(\gamma = 4)$

$p < 0,01$

HABITAT

Scor C.E.S.P.	0—4,5	5—13,5	14	Total
I	88	45	0	133
II	8	23	10	41
III	6	27	14	47
Total	102	95	24	221

$x^2 = 43,776$

$C = 0,497$ $(\gamma = 4)$

$p < 0,01$

I.C.T.B.

Scor C.E.S.P.	0—7,5	8—13,5	14	Total
I	254	160	53	467
II	24	63	71	158
III	6	45	81	132
Total	284	268	205	757

$x^2 = 136{,}966$
$C = 0{,}470 \ (\gamma = 4)$
$p < 0{,}01$

ANEXA III

Capacitatea de predicţie a C.E.S.P. (procente de subiecţi din codurile clinice respective încadrate corect prin C.E.S.P.)

	Cod 1	Cod 2	Cod 3
Elevi	81,37%	85,14%	60,00%
Studenţi	72,36%	63,51%	40,00%
Habitat	66,16%	56,10%	58,33%
I.C.T.B.	39,87%	54,38%	61,36%
GLOBAL	54,99%	58,43%	50,74%

tegoriile de suspiciune peste 50% din subiecţii respectivelor categorii clinice. Relativizarea limitelor funcţie de scopul selecţiei poate creşte gradul de selecţie pentru categoriile date, la unele loturi pînă la peste 80%. Interesul nostru pentru depistarea persoanelor cu risc crescut a făcut să-i utilizăm puterea optimă de selecţie pentru această clasă de subiecţi depistînd 58,45% din cei depistaţi prin examenul medico-psihologic). Pentru loturile parţiale departajarea funcţie de limitele specifice este mai mare şi este dată în anexa 3.

În adaptarea noastră a fost necesară o schimbare a limitelor de încadrare faţă de autorii străini, (atît limita superioară a „probabililor sănătoşi cît şi limita inferioară a „probabililor bolnavi“) nu numai datorită scopului urmărit ci şi datorită expresiei diferite a suferinţei psihice şi psihosomatice în populaţia studiată.

Nu putem extrapola limitele asupra oricărui tip de populaţie, dar putem afirma că ele dau o bună departajare la populaţiile tinere şi cu un nivel sociocultural mai ridicat şi mai slabă pentru lotul de muncitoare, neomogen de la FCTB.

Chestionarul nu depistează tulburările psihotice şi apar posibilităţi mari de disimulare, ceea ce face să subliniem că nu are decît caracterul unui instrument de screening pentru selecţia unei anumite categorii de „probabili“ dintr-o populaţie neconstituind un instrument diagnostic individual.

Anumite date provenite din prelucrarea statistică dau sugestii şi întăresc unele concluzii privind „design“-ul sănătăţii mintale.

ANEXA:

1 — Repartiţia scorului pe baze de cercetare şi coduri clinice.
2 — Tabele de contingenţă, coeficienţi de contingenţă şi semnificaţia lor pe baze de cercetare.
3 — Procentele de discriminare (capacitatea de predicţie) a CESP.

The Paper presents an adaptation of the Thomas Langner s screening inventory in same of populations of Bucharest, by correlation with a clinical examination and clasification in 3 categories of risk.

The total population is one of 1 592 subjects of both sex and different ages. Results different score limits from the American and other European studies. For the studied samples the limits are the followins: — Probabily healthy subject, score 0 to 4,5; — probabily subject with risk to fall ill score 5 to 13,5; — probabily mentally disordered subject score 14 to 22.

The inventory delimits satisfactory the subjects of the 3 categories of the clinical determination, where are definite in our larger study of mental health.

ASPECTE RELEVATE ÎN ZILELE NELUCRĂTOARE LA SERVICIUL DE RECEPŢIE AL SPITALULUI CLINIC DE PSIHIATRIE „SOCOLA“ IAŞI ÎN ANUL 1979

Olga Horopciuc
— *Iaşi*

În această comunicare ne vom referi mai mult la urgenţele psihiatrice care se adresează la nivelul serviciului de triaj al spitalului clinic Socola Iaşi în zilele nelucrătoare din cursul anului 1979.

Se constată că în ultimul timp urgenţele psihiatrice constituie o problemă prioritară de sănătate publică.

Sporirea solicitărilor de asistenţă psihiatrică de urgenţă a fost determinată de numeroşi factori, parte din ei fiind luaţi în discuţie în ultimul timp datorită noilor transformări în viaţa cotidiană. Astăzi psihiatrul este solicitat frecvent atît de către jurişti cît şi de către educatori, economişti, iar pe de altă parte de către medici de alte specialităţi.

MONTASSUT şi LEROY (1962) subliniau că psihiatrul este considerat „suprema speranţă, martor atent al epocii sale..., ultimul remediu al anxietăţii moderne, capabil de a impune popoarelor conducători înţelepţi şi indivizilor, reguli de fericire“.

Studiul urgenţelor psihiatrice permite îmbogăţirea informaţiilor despre diverşi factori etiopatogenici, urgenţele constituind veritabile „experienţe spontane“.

MEERLOO (1964) arată că „urgenţa este aceea care ne învaţă cum fiinţa umană reacţionează la stress şi la pericol“.

Trecînd la studiul cazuisticii psihiatrice întîlnite la serviciul recepţiei al spitalului clinic Socola Iaşi în zilele nelucrătoare în cursul anului 1979 am constatat următoarele : în cele 58 de zile nelucrătoare s-au prezentat la triaj un număr de 583 de pacienţi pentru internare şi consultaţii, din care 271 femei şi 312 bărbaţi. Media zilnică a solicitărilor a fost de circa 11 pacienţi (5 femei şi 6 bărbaţi), medie ce este cu mult mai mică faţă de media internărilor şi consultaţiilor din zilele lucrătoare (cca 55 pacienţi).

In aceste zile nelucrătoare solicitările mai frecvente au fost din partea vîrstelor extreme : sub 35 de ani şi peste 55 ani, faţă de zilele lucrătoare în care ponderea solicitărilor a reprezentat-o grupa de vîrstă productivă — 35—55 — de ani.

Circa 50% din pacienţi au fost aduşi de către formaţiunile staţiei de salvare fiind solicitate de dispensare medicale, instituţii, familie, etc. (282 bolnavi) ; 301 bolnavi au fost aduşi fie de către familie, rude, vecini, fie că s-au prezentat singuri.

Din totalul solicitărilor un număr de 18 bolnavi au fost aduşi de către lucrătorii M.I. spre a fi internaţi în conformitate cu prevederile legale (D 12 şi art. 114 C. R.).

În anul 1979 din numărul total de pacienţi care s-au adresat la triajul spitalului, numai 359 de cazuri au fost internate, iar 224 cazuri au fost rezolvate pe loc, fiind vorba deseori de „urgenţe minore psihiatrice“, sau diferite manifestări nevrotice de tip psiho-genetic — „urgenţe de dramatizare“ — cum le numeşte GORCEIX (1972).

De altfel în literatura de specialitate este cunoscută descrierea nevrozelor duminicale „(Les nevreuses de dimanche)“.

Analizînd pe grupe de afecţiuni cazuistica am constatat următoarele : — psihoze majore 125 cazuri ; — forme ale alcoolismului cronic (mai frecvente formele acute) 102 cazuri ; — epilepsie (mai frecvente la copii) 48 cazuri.

În restul zilelor lucrătoare ponderea solicitărilor o constituie nevrozele şi psihopatiile.

Din cele 359 cazuri internate, 104 bolnavi se aflau la prima internare, 45 de bolnavi erau la a doua internare, iar 210 bolnavi aveau în antecedente mai multe internări în spitalul nostru.

Din punct de vedere socio-profesional, 198 cazuri erau încadraţi în cîmpul muncii, 97 cazuri pensionari (pe motiv de boală psihiatrică 32 bolnavi) şi 64 cazuri fără un statut profesional bine definit.

Un număr de 193 de bolnavi din totalul celor internaţi făceau parte din familii bine închegate, iar 166 de bolnavi nu aveau un statut familial.

Analizînd frecvenţa solicitărilor pe sezoane am constatat că la sfîrşitul primăverii şi începutul toamnei este mai crescută (în luna mai 43 de internări, septembrie 42 de internări), comparativ cu celelalte sezoane (13 internări în luna iulie, 21 în noiembrie).

Primăvara şi vara mai frevent au solicitat asistenţă psihiatrică bolnavii cu afecţiuni psihotice, spre deosebire de toamnă-iarnă cînd adresabilitatea vine din partea pacienţilor cu adicţie mare la etanol.

Cele cîteva aspecte ilustrate în această lucrare au rolul de a arăta modalitatea de lucru la serviciul de recepţie în zilele nelucrătoare cît şi cazuistica mai frecvent întîlnită, fiind considerată ca făcînd parte din cadrul „urgenţelor psihiatrice“.

RELAŢIA DINAMICĂ OMNIPRACTICIAN—PSIHIATRU ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ

P. Brânzei, M. Şelaru
— Iaşi

Studiul nostru se referă la un număr de 19 820 bolnavi cu diagnosticul de nevroză aflaţi în evidenţa Serviciului de sănătate mintală a Spitalului clinic de psihiatrie „Socola“ Iaşi. Din totalul bolnavilor aflaţi în evidenţă, un număr de 9 868 provin din centralizarea documentelor medicale aflate la dispensarele medicale din întreprinderi, circumscripţii sanitare şi a policlinicilor municipiului Iaşi, restul pacienţilor fiind internaţi pentru prima oară în Spitalul clinic de psihiatrie „Socola“ Iaşi.

Scopul studiului efectuat de noi a vizat dinamica sindroamelor nevrotice, incidenţa lor pe sexe, grupe de vîrstă, particularităţi clinice de manifestare, implicaţiile suferinţelor viscero-humorale şi semnificaţia acestora în psihosindroamele nevrotice, ca şi evoluţia clinică a acestei boli generatoare de eşec adaptativ-instinctiv-educativ şi socio-profesional.

Referindu-ne la repartiţia pe grupe de vîrstă a celor 19 820 bolnavi studiaţi de noi, vom observa următoarea repartiţie :

Aşa cum rezultă din tabel se constată pe ansamblu o predominenţă a sexului feminin (57%) faţă de sexul masculin (43%). Remarcăm, de asemenea, elaborarea diagnosticului de nevroză la vîrsta de 0—5 ani pentru o serie de suferinţe prin deficit encefalic, fapt care ni se pare că necesită încă cercetări clinice şi de laborator în vederea elucidării unor aspecte etiopatogenice.

Ceea ce ne apare însă în mod evident, dacă ne raportăm la distribuţia pe grupe de vîrstă, vom observa o oscilaţie stadială a incidenţei diagnosticului de nevroză, oscilaţie care corespunde, în general, acelor grupe de vîrstă în care au loc evidente procese de ordin bio-psiho-social.

Astfel, constatăm o creştere graduală a incidenţei nevrozelor începînd de la vîrsta de 6—10 ani pentru a ajunge la un maximum în grupa de vîrstă 11—15 ani

Tabel nr. 1

Grupa de vîrstă	masculin		feminin		total	
	nr.	%	nr.	%	nr.	%
0— 5	389	4,33	266	2,34	655	3,30
6—10	811	9,53	550	4,85	1 361	6,86
11—15	817	9,59	949	8,36	1 766	8,91
16—20	308	3,62	377	3,36	685	3,45
21—25	540	6,34	740	6,50	1 280	6,45
26—30	833	9,79	1 257	11,10	2 090	10,54
31—35	1 169	13,74	1 749	15,41	2 918	14,57
36—40	1 126	13,16	1 752	15,50	2 882	14,54
41—45	815	9,57	1 423	12,50	2 238	11,29
46—50	616	7,24	984	8,68	1 600	8,07
51—55	469	5,51	523	4,62	992	5,00
56—60	364	4;04	370	3,27	734	3,70
61—65	166	1,95	198	1,65	364	1,83
65—70	62	0,73	114	1,01	176	0,88
71—75	24	0,29	31	0,64	55	0,28
76+	9	0,11	15	0,13	24	0,12
TOTAL	8 518	99,55	11 308	100,00	19 820	99,89

(8,91%) față de 6,86% la 6—10 ani. După opinia noastră, această incidență crescută ține de modificările biologice și psihologice care țin de pubertate și respectiv de adolescență, cu edificarea deplină a conștiinței de sine și a valențelor sociale ale personalității. Modificările neuro-endocrino-humorale care caracterizează perioada de vîrstă 11—15 ani au un răsunet negativ pe plan psihic în condițiile de solicitare pe care le presupune procesul instructiv-educativ, a unor tare biologice preexistente sau a unor condiții precare psihosociale, îndeosebi familiale.

Frecvența psihosindroamelor nevrotice scade spre vîrsta de 16—20 ani la 3,45% pentru a recunoaște din nou o tendință spre o discretă creștere între 21—25 ani (6,45%), care corespunde fenomenelor oscilatorii adaptative instructiv-educative și socio-profesionale. Așa cum demonstrează studiile noastre privind incidența psihosindroamelor nevrotice la studenții centrului universitar Iași pe o perioadă de 10 ani, cel mai frecvent (50%) diagnosticul de nevroză a fost întîlnit la studenții anului I, 24% la studenții anului II, restul distribuindu-se celorlalți ani de studiu. Aceste rezultate demonstrează rolul și necesitatea orientării școlar-profesionale, ca și necesitatea unor măsuri ferme de sănătate mintală privind munca intelectuală și de evitare a suprasolicitărilor în perioada de trecere de la statutul și rolul de elev la cel de student. Același fenomen de oscilație adaptativă a fost constatat de noi într-un studiu efectuat pe un număr de 2 000 angajați de la Combinatul de fibre sintetice Iași.

Așa cum se desprinde din tabelul de mai sus, maximul de frecvență a psihosindroamelor nevrotice se observă la grupele de vîrstă 31—35 și 36—40 ani cu valorile de 14,57% și respectiv 14,54%. Aceste valori descresc gradual, pentru ca după 50 de ani să constatăm o frecvență de 5% din totalul cazurilor în evidență.

Incidența maximă a sindroamelor nevrotice în decada 31—40 ani se corelează cu alte studii ecologo-epidemiologice efectuate de către Serviciul de sănătate mintală Iași, prin care s-a evidențiat că frecvența mai mare apare și în alte boli psihice, particularitate care se explică, după opinia noastră, prin solicitarea și responsabilitatea socială maximă a personalității umane în această decadă.

Se constată, de asemenea, din datele expuse în tabelul de mai sus, unele caracteristici ale psihosindroamelor nevrotice în raport de sex. Astfel, în copilărie și adolesecnță se remarcă o mai mare incidență a sindroamelor nevrotice la băieți ; valorile devin sensibil egale în perioada 26—25 ani, pentru ca în perioada 25—50 ani din nou să constatăm o predominență oscilatorie în balanță pentru sexul feminin, iar după 50 de ani din nou să înregistrăm o predominență a psihosindroamelor nevrotice pentru sexul masculin, în determinismul cărora traumatismele cranio-cerebrale și alcoolismul ocupă un loc important.

Aceleași constatări se desprind și din tabelele de mai jos cu privire la repartiția pe grupe de vîrstă și sexe a bolnavilor în evidență internați sau în evidență ambulatorie :

Tabel nr. 2

Grupa de vîrstă	masculin				feminin			
	internați		reinternați		internați		neinternați	
	nr.	%	nr.	%	nr.	%	nr.	%
0— 5	10	0,22	256	3,68	16	0,31	373	8,24
6—10	27	0,61	525	7,53	70	1,75	741	16,36
11—15	131	4,01	818	11,78	132	3,30	685	15,14
16—20	223	5,19	154	2,21	219	5,49	89	1,96
21—25	469	10,74	271	3,90	418	10,48	122	2,69
26—30	714	16,70	543	7,81	547	13,71	286	6,32
31—35	815	18,67	934	13,45	651	16,32	518	11,45
36—40	722	16,54	1 040	14,97	638	15,99	482	10,65
41—45	516	11,82	907	13,06	449	11,24	366	8,09
46—50	357	8,10	627	9,02	309	7,74	307	6,78
51—55	222	5,09	303	4,33	308	7,72	161	3,55
56—60	100	2,20	270	3,88	159	3,98	205	4,53
61—65	34	0,77	164	2,36	48	1,20	118	2,60
66—70	19	0,43	95	1,36	15	0,37	47	1,03
71—75	4	0,09	27	0,38	4	0,10	5	0,11
75+	1	0,02	14	0,20	5	0,12	19	0,42
Total	4 364	99,95	6 944	99,92	3 988	99,82	4 524	99,92

După anul luării în evidenţă şi după repartiţia pe sexe, cele 10 126 consultaţii se distribuie astfel :

Tabel nr. 3

Anul	masculin		feminin		total	
	nr.	%	nr.	%	nr.	%
1960	278	7,04	479	7,47	757	7,47
1961	406	10,92	696	10,85	1 101	18,77
1962	440	11,08	932	14,53	1 372	13,54
1963	313	8,04	603	9,40	916	9,46
1964	301	8,10	529	8,25	830	8,19
1965	224	6,27	283	4,40	507	5,00
1966	247	6,64	575	8,97	822	8,11
1967	674	18,11	1 055	16,46	1 729	17,74
1968	412	11,80	684	10,67	1 096	10,82
1969	422	11,35	574	8,95	996	9,83
Total	3 716	99,35	6 410	99,94	10 126	99,93

Conchizînd asupra datelor de mai sus rezultă că o atenţie particulară trebuie acordată acţiunilor de sănătate mintală în perioada 11—16 ani, 21—25 şi 31—40 ani, cu predominenţa masculină la adolescenţă, feminină pentru perioada 25—50 ani şi din nou o predominenţă a sexului masculin după vîrsta de 50 ani.

Dintr-un total de 9 868 bolnavi cu diagnosticul de nevroză aflaţi în evidenţă ambulatorie, au fost consultaţi în primul an al luării în evidenţă o singură dată 9 614 (97,3%) bolnavi, de două ori 250 (2,5%) bolnavi şi de 3 ori 4 (0,04%) bolnavi. În total au fost acordate un număr de 10 126 consultaţii, ceea ce reprezintă 1,02 consultaţii în medie pe bolnav.

În anii următori, cei 9 868 bolnavi în evidenţă ambulatorie au fost reconsultaţi după cum urmează : în primul an 2,5%, în al 2-lea an 1,5%, în al 3-lea an 0,8%, în al 4-lea an 0,6%, în al 5-lea an 0,7%, în al 6-lea an 0,5%, în al 7-lea an 0,3%, în al 8-lea an 0,16%, în al 9-lea an 0,05% din totalul iniţial, realizîndu-se un număr de 10 863 consultaţii a căror distribuţie pe ani şi sexe se prezintă după cum urmează :

Tabel nr. 4

Anul	masculin		feminin		total	
	nr.	%	nr.	%	nr.	%
1960	305	7,72	538	7,78	841	7,74
1961	451	11,52	864	11,05	1 215	11,19
1962	473	11,57	1 033	14,09	5 106	13,86
1963	338	8,50	665	9,62	1 004	9,24
1964	321	8,12	568	8,21	889	8,18
1965	242	6,12	306	4,42	548	5,04
1966	271	6,85	665	9,62	936	8,61
1967	705	17,94	1 110	15,91	1 805	16,61
1968	421	10,65	699	10,11	1 120	10,31
1969	423	10,70	574	8,30	997	9,81
Total	3 951	99,98	6 912	99,11	10 863	99,96

Media consultaţiilor a fost de 1,10 pe bolnav.

Referindu-ne la dinamica internărilor la Spitalul clinic de psihiatrie „Socola“ Iaşi a unui număr de 8 360 bolnavi, în perioada 1960—1970 vom constata că au fost internaţi o singură dată 5 540 (66,8%) bolnavi, de două ori 1 179 (14%) bolnavi, de trei ori 343 (3,7%) bolnavi, de patru ori 117 (1,4%) bolnavi, de cinci ori 59 (0,17%) bolnavi şi de peste cinci ori 66 (0,76%) bolnavi. Cei 8 360 bolnavi au realizat un număr de 11 210 internări, ceea ce reprezintă în medie 1,3 internări pe bolnav, cifră ce se apropie de valoarea de 1,1 pe care am constatat-o mai sus, în ce priveşte consultaţiile.

Au fost reinternaţi în primul an (de la prima internare) 751 (1,2%) bolnavi, în al 2-lea an 779 (9,4%) în al 3-lea an 419 (5%) bolnavi, în al 4-lea an 341 (4,1%) bolnavi, în al 5-lea an 198 (2,3%) bolnavi, în al 6-lea an 158 (1,8%) bolnavi, în al 7-lea an 131 (1,5%) bolnavi, în al 8-lea an 70 (0,8%) bolnavi, iar în al 9-lea an 32 (0,3%) bolnavi ; în al 10-lea an 11 (0,13%) bolnavi.

Distribuţia pe grupe de vîrstă a internărilor şi reinternărilor ca şi a consultaţiilor recunoaşte aceleaşi particularităţi oscilatorii subliniate mai sus şi care sînt ilustrate în mod evident în tabelul de mai jos, care însumează distribuţia totalului de consultaţii în raport de repartiţia pe sexe şi grupe de vîrstă.

Datele expuse mai jos se corelează cu o serie de studii efectuate de către Serviciul de sănătate mintală în cadrul tematicii sale generale privind prezervarea sănătăţii mintale, luînd ca element de referinţă starea de morbiditate prin psihosindroame în interferenţă cu normalitatea la un număr de 21 335 angajaţi.

Din datele acestui studiu a rezultat că frecvenţa diagnosticului de nevroză faţă de numărul total de angajaţi a variat de la o întreprindere la alta, în proporţie de 1,80—28,36%, fără a se desprinde preliminar elemente obiective psihiatrice care să justifice elaborarea diagnosticului respectiv.

Dintr-un total de 13 567 bolnavi cu diagnostice psihiatrice aflaţi în evidenţele primare ale policlinicilor, cabinetelor medicale de întreprinderi şi a circumscripţiilor sanitare, o proporţie de 86% o formau bolnavii cu diagnosticul de nevroză (88,73% pentru femei şi 81,55% pentru bărbaţi). Cercetîndu-se antecendentele somatice preexistente formulării diagnosticului de ne-

Tabel nr. 5

Grupa de vîrstă	masculin		feminin		total	
	nr.	%	nr.	%	nr.	%
18—20	96	1,28	51	1,18	147	1,17
21—25	903	12,11	696	16,13	1 599	13,70
26—30	786	10,54	555	12,86	1 341	11,49
31—35	1 216	16,34	720	16,45	1 936	16,59
36—40	1 480	19,85	737	17,08	2 217	19,00
41—45	1 225	16,43	483	11,42	1 718	10,57
46—50	848	11,37	386	8,94	1 234	14,72
51—55	409	5,48	212	4,91	621	4,57
56—60	276	3,70	258	5,98	534	5,32
61—65	121	1,62	122	2,82	243	2,16
66—70	65	0,87	60	1,39	125	1,07
71—75	21	0,28	15	0,34	36	0,30
76—80	6	0,80	5	0,11	11	0,09
80+	2	0,02	4	0,09	6	0,05
Total	7 454	99,96	4 214	99,70	11 668	99,80

vroză s-a constatat că într-o proporție de 64,49% prezentau antecedente viscero-humorale semnificative (68,17% pentru femei și 57,71% pentru bărbați). De remarcat că, pe măsura înaintării în vîrstă, proporția de bolnavi cu suferințe viscero-humorale manifeste crește de la 38% la vîrsta de 21—25 ani, la 100% în grupa de vîrstă 76—80 ani pentru femei și respectiv de la 23,56% la aceleași grupe în cazul bolnavilor de sex masculin.

La policlinica municipală Iași proporția implicațiilor somatice în diagnosticul de nevroză a fost de 70,1% (respectiv 72,83% pentru femei și 69,75% pentru bărbați) cu aceleași particularități în ce privește creșterea incidenței suferințelor viscero-humorale pe măsura înaintării în vîrstă, în timp ce la policlinica pentru întreprinderi proporția suferințelor organice a fost, pe ansamblu, de 61,22% (66,44% pentru femei și 52,02% pentru bărbați). O situație inversă se obține în cazul populației studențești, unde se constată că sindroamele nevrotice dezvoltate în context somatogen dețin o proporție de 34,83% (38,14% pentru sexul feminin și 31,95% pentru sexul masculin).

Cercetînd pe o populație activă de aproximativ 21 000 angajați proporția zilelor de incapacitate temporară de muncă în decurs de un an, pe baza certificatelor medicale de invaliditate eliberate de diferitele instituții de asistență medicală din municipiul Iași se constată că diagnosticul de nevroză reprezintă, în ansamblul ei, 5,68%. Implicațiile suferințelor viscero-humorale evidente în aceste cazuri reprezintă 59,4% (63,67% pentru femei și 48,1% pentru bărbați).

Raportîndu-ne la cabinetele medicale de întreprindere, diagnosticul de nevroză oscilează de la 1,8% pînă la 28,36% din totalul pacienților aflați în evidență, iar în ce privește prezența concomitentă cu diagnosticul de nevroză a suferințelor somatice, de asemenea, importante variații ce se exprimă de la 37,38% pînă la 90,04% din totalul diagnosticelor de nevroză formulate.

Dintre cele mai frecvente maladii somatice pe fondul cărora s-a dezvoltat simptomatologia nevrotiformă au fost printre altele: bolile endocrine 27,59%, ale aparatului digestiv 21,79%, ale aparatului locomotor 19,18%, boli neurologice 10,69%, boli ale aparatului respirator 8,66%, boli ale aparatului genital 7,93%, boli cardio-vasculare 7,85% etc.

De remarcat că incidența suferințelor de natură endocrină este mai crescută în grupa de vîrstă 46—50 ani, cele digestive în perioada 36—40 ani, iar incidența bolilor cardio-vasculare începe să crească de la 50 ani pentru bărbați și 60 ani pentru femei. Se constată de asemenea, pentru bolile cardio-vasculare un vîrf de frecvență oarecum mai crescut în perioada de grupă 26—30 ani pentru bărbați și de 21—25 ani pentru femei.

Datele expuse constituie, pe de o parte dovada eficienței crescînde a asistenței psihiatrice, iar pe de altă parte atrage atenția asupra semnificației diagnosticului de psihosindrom nevrotic cu frecventele sale implicații somatice (peste 70%), care nu întotdeauna sînt sesizate și rezolvate în mod corespunzător unui criteriu tridimensional în asistența situațiilor psihiatrice de limită.

Normalitatea sau anormalitatea psihică sub aspectul definirii și calificării comportă totdeauna o judecată de valoare, care presupune explicit sau implicit criterii și concepte de referință, ce diferă de la o epocă la alta, în funcție de nivelul cunoștințelor despre om, natură și societate. Formularea criteriilor de apreciere a normalității sau anormalității psihice s-ar păera că ține în mod esențial de conceptul fundamental adoptat în ceea ce privește noțiunea de personalitate, cu toate implicațiile sale structural-funcționale. Modalitățile de a concepe personalitatea s-au reflectat în felul de a înțelege și aprecia cauzalitatea bolii psihice și respectiv a anormalității psihice. Concepțiile fundamentale despre om și-au lăsat amprenta asupra modului de a înțelege și explica suferințele sale. Din acest punct de vedere și în raport de nivelul cunoștințelor umane, au fost formulate criterii și concepte predominant biologice, psihologice sau sociologice, atît pentru explicarea personalității, cît și a bolilor psihice (și nu numai psihice).

Este un adevăr unanim recunoscut că omul a cunoscut mai bine macro și microstructurile lumii înconjurătoare, dar a pătruns cu mult mai greu în macro și microstructurile universului său spiritual. Totuși, eforturile cunoașterii umane asupra propriei sale alcătuiri au progresat continuu și de la cunoașterea fărîmițată, parcelară, din care nu au lipsit conceptele de unitate structural-funcțională cu variantele sale impresionante sub aspect calitativ și cantitativ, s-a ajuns treptat la formularea unor concepte integrative, care vizează în mod fundamental caracteristicile esențiale ale ființei umane, așa cum se desprind ele din științele antropologice. Înțelegerea determinist-științifică a raporturilor dintre om și natură, dintre om și societate, ca și explicarea materialist- dialectică a esenței umane și a psihismului, a raporturilor dintre biologic și social, au permis conceperea omului ca ființă bio-psiho-socială.

Conceptul bio-psiho-social despre om și respectiv despre personalitate este un concept integrativ, formulat pe baza materialismului dialectic și a celor mai valoroase tradiții, care caracterizează spiritualitatea sintetică a culturii românești.

Înțelegînd personalitatea ca un ansamblu unitar de trăsături biologice, psihologice și sociale sub aspectul dialectic al interdependenței și intercondiționării lor reciproce, unitare și contradictorii, iar esența umană ca rezultantă a totalității relațiilor sociale, considerăm că pe această bază se poate formula metodologia corespunzătoare unei abordări multidisciplinare a normalității și anormalității psihice, a etiologiei plurifactoriale a bolilor psihice, ca și a mijloacelor de profilaxie și tratament.

În sensul celor de mai sus, personalitatea apare ca o rezultantă a interacțiunii dintre trăsăturile biologice moștenite, predominant ereditare și influențele culturale asimilate de individ și transformate în modalități individuale de conduită, reflectoriu exprimate în particularitățile calitativ diferite ale activității psihice. Cultura materială și spirituală constituie elementele de continuitate ale vieții sociale, matricea modelator-formativă a personalității, ca și substratul material utilizat de fiecare individ în acțiunile sale. Armătura esențială a personalității este de natură socială, în timp ce mecanismele sale materiale. funcţionale sînt de natură biologică ; nivelul de integrare reflectorie fiind dependent, în ultimă instanţă, de nivelul calitativ diferit în care se realizează îmbinarea armonioasă dintre aptitudini şi atitudini, dintre elementele vectoriale, orientativ-reglatorii şi cele instrumentale operativ-executorii pe canavaua motivaţională orientativă şi de autoreglaj a fiecărei persoane în parte şi care dau sens diferit de concordanţă sau dezacord intra şi extrapsihic în dinamica statusului şi rolurilor.

Abordarea concomitentă etiologică, sindromatică şi atitudinală în perspectiva conceptului bio-psiho-social a bolii psihice va releva predominenţa determinantă fie a elementului biogen, psihogen sau sociogen, cu implicarea consecutivă sau concomitentă a celorlalte două elemente din această triadă unică şi unitară, ceea ce permite în plan clinic abordarea problemelor de etiologie, încadrare nosologică, profilaxie şi terapeutică diferenţială.

Incidenţa cea mai crescută a sindroamelor nevrotice s-a constatat la grupele de vîrstă 36—45 ani, adică la vîrsta de maximă responsabilitate socială şi de recomandări biologice.

Datele expuse pledează în sensul punctului de vedere metodologic pe care-l implică conceptul bio-psiho-social despre personalitate şi despre boala psihică în sensul înţelegerii operaţionale a elementelor sale structurale fundamentale în perspectiva acţiunilor de sănătate mintală, pe baza acţiunilor în echipe interdisciplinare.

Studiul internărilor pe o perioadă de zece ani (1960—1969) în Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" Iaşi, arată că au fost admişi pentru prima oară un număr de 26 649 bolnavi, dintre care 8 360 bolnavi cu psihosindroame nevrotice. Pe ansamblu, nevrozele ocupă primul loc (22,81%), în raport cu strctura nosologică a internărilor.

Raportîndu-ne la municipiul Iaşi se constată că au fost internaţi pentru prima oară, în aceeaşi perioadă, un număr de 8 362 bolnavi, dintre care 2 922 bolnavi de nevroze, reprezentînd, în raport cu totalul internărilor, o proporţie de 36,24%, dintre care 30,50% sînt de sex masculin şi 69,49% de sex feminin.

Laboratorul de sănătate mintală are în evidenţa sa un număr de 11 168 cazuri cu diagnosticul de nevroză, provenite din centralizarea consultaţiilor de la policlinicile, cabinetele medicale de întreprindere şi circumscripţiile sanitare ale municipiului Iaşi, ca şi din internările în Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" Iaşi, aceasta reprezentînd o incidenţă de morbiditate de 5,23% pentru municipiul Iaşi.

Studiul Laboratorului de sănătate mintală privind incidenţa diagnosticului de nevroză la Policlinica studenţească Iaşi constată că din totalul cazurilor luate în evidenţă pentru prima oară, 43,73% îl reprezintă sexul feminin şi 53,26% aparţin sexului masculin. Din totalul diagnosticelor formulate, diagnosticul de nevroză apare cu o frecvenţă de 92,59%.

Studiul nostru relevă circumstanţe esenţiale :

— în primul rînd, diagnosticul de nevroză predomină la primii ani de studiu şi descreşte ca frecvenţă spre ultimii ani de studiu ; aceste date circumscriu probleme adaptative ale populaţiei studenţeşti la procesul instructiv-educativ, ca şi necesităţile de profilaxie a acestor cauze de eşec ;

— în al doilea rînd, analiza fiecărui caz cu diagnostic de nevroză a evidenţiat concomitent cu coeficient de 45% suferinţe viscero-humorale, diagnosticul de nevroză exprimînd o sindromatică bipolară psihosomatică.

Un alt studiu întreprins pe un număr de 15 443 angajaţi din principalele întreprinderi ale municipiului Iaşi privind incapacitatea temporară de muncă a evidenţiat că au beneficiat de concediu medical prin psihosindroame nevrotice o proporţie de 2,11% din totalul de 2,62% pe care-l reprezintă cazurile de incapacitate de muncă prin boli psihice.

Incidenţa diagnosticului de nevroză are o frecvenţă maximă între 31—35 ani, respectiv 23,95%, adică în perioada maximă de angajare socială, în timp ce în grupele de vîrstă de 18—20 ani şi 21—25 ani, acest indice este de 5,67%, respectiv 7,40%.

Se remarcă, de asemenea că diagnosticul de nevroză apare concomitent cu alte diagnostice atestînd suferinţe viscero-humorale evidente, în medie în circa 61—90% cazuri.

Studiul documentelor medicale primare aflate la cabinetele medicale de întreprinderi, pentru un total de 21 335 angajaţi relevă că diagnosticul de nevroză reprezintă 10,08%, cu oscilaţii de frecvenţă de la o întreprindere la alta de la 1,80% pînă la 28,36%, în raport de totalul angajaţilor, fapt care, în mod evident, nu corespunde realităţii, dacă avem în vedere că implicaţiile somatice au fost prezente în proporţie de 37,38%—90,04% la bolnavii cărora li s-a elaborat diagnosticul de nevroză.

Datele de mai sus atestă dificultăţile formulării obiective a diagnosticului de nevroză vera, ca şi tendinţa de ignorare a suferinţelor viscero-humorale datorită acuzelor nevrotice, care apar ca simptomatologie de prim plan.

Aceste constatări impun o atentă elaborare a diagnosticului de nevroză, deoarece poate induce în mintea bolnavului implicaţii psiho-traumatizante, elaborarea corectă de psihosindrom nevrotic permiţînd totodată o atitudine dinamică în terapia fenomenelor psihosomatice.

Studiul dinamicii consultaţiilor pe un număr de 9 868 bolnavi cu diagnosticul de nevroză, aflaţi în evidenţă ambulatorie, relevă că în primul an au mai fost consultaţi o singură dată 97,3%, de două ori 2,5% şi de trei ori 0,04% din totalul cazurilor. În anii următori, studiul dinamicii consultaţiilor acordate aceluiaşi lot de bolnavi evidenţiază următoarea incidenţă : 2,5% în primul an ; 1,5% în al 2-lea an ; 0,8% în al 3-lea an ; 0,6% în al 4-lea an ; 0,7% în al 5-lea an ; 0,5% în al 6-lea an ; 0,3% în al 7-lea an ; 0,16% în al 8-lea an ; 0,05% în al 9-lea an — în raport cu anul luării în evidenţă pentru prima dată. S-au realizat astfel un număr de 10 863 consultaţii cu o medie de 1,1 pe bolnav.

Raportîndu-ne la dinamica internărilor în Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" Iaşi a unui număr de 8 360 bolnavi pe o perioadă de zece ani, vom constata că au fost internaţi o singură dată 66,8% ; de două ori 14%, de trei ori 3,7%, de 4 ori 1,4%, de cinci ori 0,17% şi de peste cinci ori 0,76% din totalul bolnavilor luaţi în evidenţă pentru prima oară.

Cei 8 360 bolnavi au realizat un număr de 11 210 internări, ceea ce reprezintă, în medie, 1,3 internări pe bolnav, valoare ce se apropie de media de 1,1 evidenţiată în cazul consultaţiilor.

Au fost reinternaţi în primul an (în raport de prima internare) : 9,2%, în al 2-lea an 9,4%, în al 3-lea an 5%, în al 4-lea an 4,1%, în al 5-lea an 2,3%, în al 6-lea an 1,8%, în al 7-lea an 1,5%, în al 8-lea an 0,84%, în al 9-lea an 0,32%, iar în al 10-lea an 0,13% bolnavi.

Cele mai frecvente internări s-au constatat la ambele sexe în grupele de vîrstă cuprinse între 36—40 ani (19%), 31—35 ani (16,59%) şi 41—45 ani (10,57%).

În ceea ce priveşte incapacitatea permanentă de muncă, studiul a 2 460 cazuri evidenţiază că incidenţa invalidităţii prin boli psihice avea în 1969 în municipiul Iaşi o pondere de 30,9%. În raport de structura nosologică, incapacitatea permanentă de muncă era determinată de psihoze în proporţie de 23,29% şi de psihosindroame în interferenţă cu normalitatea în 76,79%. Din totalul cazurilor nevrozelor reprezentau 56%.

În prezent, structura incapacităţii permanente de muncă în municipiul Iaşi şi în judeţ are o pondere de 20% din totalul pensionărilor, dintre care nevrozele reprezintă 66%.

Cercetînd plurifactorial un număr de 240 cazuri de incapacitate permanentă de muncă prin nevroze, rezultă o incidenţă a suferinţelor viscero-humorale în determinismul invalidant, într-o proporţie de 78% din cazuri, faţă de 59,5% formulată în diagnosticul de pensionare.

Studiul factorilor negativi de microgrup psiho-social în determinismul şi decompensarea sindroamelor nevrotice efectuat pe un număr de 844 cazuri, evidenţiază prezenţa factorilor psihotraumatizanţi familiali în 52,3% şi relaţionali în 26,16% din total, cu existenţa concomitentă a suferinţelor viscero-humorale în 78,32% din cazuri.

Datele obţinute concordă cu o serie de cercetări efectuate în alte ţări.

Astfel, M. Porot şi colab., pe baza studiilor personale ca şi a literaturii de specialitate constată că necesităţile psihiatrice ale spitalelor de medicină generală, oscilează între 20—60%. Aceste cercetări pledează în sensul unei strînse colaborări între psihiatrie şi serviciile de medicină generală în ceea ce priveşte rezolvarea cazurilor de suferinţă psihosomatică, organizarea serviciilor d epsihiatrie în spitalele de medicină generală, ca şi formaţia psihiatrică a medicului omnipractician.

L. I. Mariceva, studiind la Leningrad rolul factorilor somatogeni în patogeneza şi evoluţia nevrozelor şi sindroamelor nevrotiforme pe un număr de 825 bolnavi, constată prezenţa suferinţelor viscero-humorale în 65% din cazuri, iar participarea factorilor psihotraumatizanţi relaţionali într-o proporţie de 85,9%.

Pe întreaga Franţă, R. Hazeman, arată că invaliditatea prin psihoze şi nevroze (exceptînd regiunea Strasbourg) a crescut de la 6,25% în 1950 la 19,63% în 1969, ceea ce reprezintă un număr de 310 000 invalizi. În regiunea pariziană invaliditatea prin boli psihice a crescut de la 16,53% în 1966 la 23,94% în 1971.

P. Juhasz a efectuat un studiu ecologo-epidemiologic într-un sat din R. P. Ungaria şi a constatat că în 1961 incidenţa nevrozelor era de 30,1%, iar în 1970 de 42,2%.

Un studiu comparativ efectuat în 19 ţări cu nivele diferite de dezvoltare a arătat că pe măsură ce creşte venitul pe cap de locuitor, creşte şi morbiditatea prin maladii psihosomatice, în timp ce afecţiunile somatice ca atare diminuă în mod relativ.

Acelaşi fenomen ecologo-epidemiologic s-a observat în Kuweit, ca şi în cazul indienilor Osagi, odată cu dezvoltarea în ritm rapid a industriei petroliere.

Din cele de mai sus ar rezulta că transformarea rapidă a raporturilor omului cu mediul, determină o creştere a frecvenţei sindromaticei psihosomatice în cursul proceselor de adaptare în anumite condiţii economico-culturale şi social-politice, dar care nu poate fi generalizat la orice structură socială.

Prevenirea fenomenelor de eşec adaptativ socio-profesional şi instructiv-educativ constituie obiectivul principal în acţiunile de sănătate mintală, care cointeresează în egală măsură, deşi din unghiuri diferite de vedere totalitatea organismelor comunitare dintr-o societate dată.

În ce priveşte procesul de reabilitare în nevroze, dată fiind proporţia crescută a suferinţelor viscero-humorale, se impune cu necesitate diferenţierea diagnosticului de nevroză în sens psihologic în banda trăirilor adaptative, faţă de noţiunea psihiatrică despre nevroza verva cu implicaţiile sale adaptative diferite prin deficit constituţional. Aceasta impune necesitatea ca acţiunea de readaptare şi reintegrare psihosocială a handicapatului psihic în general şi a nevroticului în particular, să fie realizată în echipă complexă, avînd ca lider inductor un psihiatru clinician care să înţeleagă în mod principial atribuţiile sale de activist obştesc angajat în promovarea şi prezentarea sănătăţii mintale.

În acest sens, la Iaşi milităm pentru un amplu program de acţiune de recuperare în echipă complexă interdisciplinară, de realizare a dispensarizării active a bolnavilor cu eşec manifest adaptativ, psiho şi socio-terapie integratoare a grupului şcolar, familial şi socio-profesional.

Abordînd studiul factorilor biologici, psihologici şi sociali care concură cronologic sau simultan la apariţia, decompensarea şi întreţinerea simptomatologiei nevrotice sau psihosomatice, în acţiunea de psihoterapie integratoare este necesară, în acelaşi timp, evidenţierea inerţiei ideo-afective a pacientului care odată pensionat ajunge în situaţia de invalidare socială, considerîndu-se incapabil de muncă. Această atitudine subiectivă, de cele mai multe ori ireductibilă, presupune din partea celor care se preocupă de promovarea şi apărarea sănătăţii mintale, rezolvarea unor probleme de ordin social-educativ care, în practică, depăşesc posibilităţile unei singure discipline, fiind necesară cointeresarea totalităţii organismelor care în mod definitoriu contribuie la dezvoltarea armonioasă a individului pe tot parcursul existenţei sale, cît şi de a găsi modalităţile integrative pentru fiecare individ, în raport de capacităţile sale.

SEMNIFICAŢIA CONCEPTULUI BIO-PSIHO-SOCIAL ÎN STUDIUL DINAMIC INTERDISCIPLINAR AL PROCESULUI MUNCII

M. Şelaru, N. Cosmovici
— *Iaşi*

Luînd în considerare sistemul om—maşină, ergonomia îşi propune, prin formularea unei metodologii de natură interdisciplinară, studiul mijloacelor de adaptare a omului la munca sa şi a muncii la om, a optimizării factorilor umani, tehnici şi de ambianţă, în raport cu posibilităţile şi capacităţile omului, în vederea asigurării unui maximum de eficienţă economică, prin păstrarea stării de sănătate a factorului uman şi personalităţii sale.

Reunind cunoştinţele din domeniul psihologiei, fiziologiei, medicinii muncii, sociologiei, ingineriei, teoria organizării şi a conducerii, studiului şi securităţii muncii, a teorei informaţiei şi folosind şi noţiunile din alte ştiinţe, ergonomia — aşa cum se subliniază în definiţia dată de OIM „este aplicarea ştiinţelor biologice, umane în corelaţie cu ştiinţele tehnice pentru a ajunge la adaptarea reciprocă optimă între om şi munca sa, rezultatele fiind măsurate în indici de eficienţă şi stare de bună sănătate a omului". În acelaşi timp, se impune sublinierea că obiectivul studiilor ergonomice de adaptare a sistemului complex om—maşină—mediu, are drept obiectiv nu numai asigurarea unei funcţionalităţi optime a acestui sistem, ci şi asigurarea unei productivităţi ridicate cu promovarea unui nivel de sănătate dintre cele mai bune în vederea asigurării unei cheltuieli raţionale şi economice a forţei de muncă, a celui mai preţios capital din sistemul om—maşină—mediu.

K. Marx, referindu-se la cheltuirea raţională a forţei de muncă, afirma: „abstracţie făcînd de uzura normală din pricina vîrstei etc., mîine eu trebuie să fiu capabil să lucrez cu aceeaşi putere, sănătate şi vioiciune cu care am lucrat azi... Vreau să-mi administrez singura mea avere, forţa de muncă, ca un gospodar chibzuit şi econom, ferindu-mă de orice irosire nesăbuită a ei. Din această forţă de muncă vreau să cheltuiesc zilnic, să transform în mişcare, în muncă, doar o cantitate compatibilă cu durata normală şi cu o dezvoltare sănătoasă a ei".

Oricît de mult va progresa automatizarea şi cibernetizarea procesului de producţie, omul — cu capacitatea sa de muncă creatoare, de valori materiale şi spirituale — va rămîne nu o simplă verigă a activităţii productive, ci factorul ei esenţial şi căruia, în ultimă instanţă, trebuie să-i fie subordonată întreaga activitate socială, în vederea înfloririi personalităţii sale. Pierderea din vedere a factorului uman în sistemul complex om—maşină—mediu are consecinţe nefavorabile în ce priveşte consumul de energie umană şi duce la considerarea absolutizantă, dar absolut greşită, a importanţei proceselor şi mijloacelor tehnice, pentru asigurarea creşterii productivităţii muncii. De aceea, omul constituie preocuparea fundamentală a studiilor de ergonomie. Cu atît mai mult se impune această preocupare pentru noi în contextul umanismului socialist, a principiilor de etică şi echitate socialistă, de asigurare a dezvoltării multilaterale a personalităţii.

Pe de altă parte, mecanizarea şi automatizarea intensă a industriei solicită din partea muncitorului participarea sa complexă sub aspect biologic, psihic, social, presupunînd în acelaşi timp asimilarea unor cunoştinţe vaste din domeniul ştiinţelor, tehnico-economice şi sociale.

De aici a decurs necesitatea corelării unor cunoştinţe interdisciplinare despre om, pe care specialiştii s-au văzut nevoiţi s-o realizeze în scopul raţionalizării procesului de muncă.

Ergonomia — scria Miron Constantinescu — e confluenţa ştiinţelor biologice, medicale, psiho-sociale şi tehnice pentru a ajunge la adaptarea reciprocă optimă între om şi munca sa, rezultatele fiind măsurate în termeni de eficienţă, de bunăstare şi personalitate a omului".

În procesul muncii omul participă cu toată personalitatea sa. E. Grajdean sublinia: „Comportarea şi reacţiile omului în timpul muncii se determină pe baza factorilor fiziologici, anatomici şi psihologici. Omul în timpul muncii constituie un întreg; el nu poate fi definit şi nici înţeles dacă este privit numai din punctul de vedere al unei singure discipline".

În sensul realizării unei metodologii corespunzătoare, multidisciplinare, necesare studiilor de ergonomie, noi considerăm că cultura românească se bucură de avantajul unui concept de maximă generalitate şi profunzime despre om, sub forma conceptului bio-psihic-social, formulat pentru prima oară de M. Ralea şi T. Herseni, care subliniau că: „...nici un studiu temeinic, integral al omului, nu este posibil decît dacă se ţine seama de toate aspectele realităţii umane, iar aceasta îmbină întotdeauna în chip unitar şi inseparabil bioticul, psihicul şi socialul, în diferite baze şi structuri..."

Punctul de vedere formulat de psihologia românească şi-a găsit o amplă dezvoltare în psihiatrie prin lucrările şcolii de la „Socola" şi-şi croieşte în prezent drum din ce în ce mai evident în diversele studii asupra personalităţii umane.

Fundamentarea unui concept tridimensional dinamic şi totodată unitar despre personalitatea umană, devine necesară pentru realizarea operaţională a studiilor de ergonomie, cu formularea expresivă a criteriilor şi obiectivelor apartenente realizării unei înalte productivităţi şi a promovării stării de sănătate în vederea asigurării reproducerii optime a forţei de muncă, element esenţial şi determinant al producţiei materiale.

Tridimensionalitatea conceptului bio-psiho-social, justificată de progresul ştiinţelor antropologice şi sociale, permite diferenţierea în cadrul echipei complexe de ergonomie a unor criterii unitare de acţiune în vederea prevenirii fenomenelor dezadaptative.

În sensul conceptului bio-psiho-social a fost realizată colaborarea dintre Laboratorul de Sănătate Mintală al Spitalului clinic de psihiatrie „Socola" Iaşi şi Laboratorul de Ergonomie de la I.I.S. „Ţesătura" — Iaşi. Studiile realizate în echipă interdisciplinară abordează aspectele biologice, psihologice şi sociale în determinismul capacităţii de muncă.

Din acest punct de vedere noi considerăm că în studiul oboselii industriale se impune a lua în considerare nu numai factorii de ambianţă uzinală, ci şi interrelaţiile de microgrup, profesional şi familial.

De asemenea, subliniem ca necesară considerarea stării iniţiale a activităţii nervoase superioare, a reactivităţii psihice la începutul activităţii productive, ca şi considerarea capacităţii reactive a triplei funcţii de reglare neuro-endocrino-humorale, în corelaţie cu nivelul aspiraţiilor, tendinţelor şi motivaţiilor fiecărei persoane în parte.

Din experienţa noastră, rezultă concluzia că studiul detaliat a personalităţii fiecărui salariat, cunoaşterea particularităţilor temperamental-caracteriale, cognitive, şi voliţionale, a motivaţiilor şi aspiraţiilor, ca şi a interrelaţiilor de micro-grup social productiv şi familial aduc importante informaţii pentru soluţiile ergonomice. Studiile efectuate de către Laboratorul de Sănătate Mintală atestă faptul că un rol important în adaptarea muncii la om îl are climatul psihosocial al muncii, interrelaţiile de microgrup productiv. Astfel, noi am constatat că printre factorii negativi, stările conflictuale subiective au acelaşi efect perturbator asupra procesului productiv ca şi celelalte noxe industriale (zgomot, toxice, curenţi de aer, variaţii termice etc.). Noi considerăm că în analiza fenomenului ergologic abordarea factorului psihic, a factorilor de conştiinţă ca elemente dinamizatoare a planurilor motivaţionale ale activităţii se impun cu necesitate, îndeosebi în profesiile în care pe primul loc apare solicitarea intelectuală.

Raportîndu-se la rolul medicului în cadrul echipei ergonomice, ni se pare că pentru instituirea măsurilor de prevenire a eşecului adaptativ socio-profesional, acesta trebuie să fie înarmat cu cunoştinţele corespunzătoare asupra muncii şi activităţii sistemului om—maşină—mediu.

În studiul dinamic al procesului muncii participarea echipei interdisciplinare, lucrînd pe baza unei metodologii unice, şi a unui concept unitar, se impune nu numai pentru studiile de ansamblu, dar şi pentru rezolvarea optimă a fiecărui caz în parte. În ergonomie, ca şi în medicină şi ca şi în oricare alt domeniu al ştiinţelor particulare, legile şi principiile generale se aplică şi se rezolvă în raport de cazurile particulare, în raport de necesităţile prezente şi de cele ce se profilează pentru viitor.

MODALITĂŢI DE INSERŢIE A TINERILOR CU RISC ADAPTATIV INSTRUCTIV-EDUCATIV ŞI SOCIO-PROFESIONAL

P. Brânzei, M. Şelaru, N.Cosmovici, P. Boişteanu
— Iaşi

Integrarea profesională a tinerilor (adolescenţilor) reprezintă una din cerinţele fundamentale ale progresului social-economic care se realizează după necesităţile economiei naţionale dar în acelaşi timp şi după interesele motivaţiile şi aptitudinile generale şi speciale în condiţii normale.

Strîns legată de această problematică, a integrării, credem că prezintă importanţă (economică şi morală) şi aspectul invers al integrării în condiţii nenormale de dezvoltare somatică, psihică şi socială, adică ceea ce se înţelege prin deficienţe neuro-psiho-motorii.

Autorii au investigat un lot de 50 subiecţi (17—19 ani) de la şcoli cu profil special (clasa a VIII-a Şcoala ajutătoare şi Căminul-şcoală Miclăuşeni), vizînd deficienţe psihice (intelectuale) din punct de vedere al dezvoltării psiho-sociale, în vederea încadrării în şcoli profesionale adecvate, pentru integrarea în profesiuni corespunzătoare eficienţei lor lucrative (ţesător manual — covoare, plăpumar, saltelar, tapiţer, zugrav-vopsitor, croitor îmbrăcăminte femei).

Autorii constată că nu există o suficientă organizare reală în ceea ce priveşte repartiţia pe profesiuni datorită dezacordului existent în examinări între: dezvoltarea somatică, dezvoltarea psihică pe procese şi aptitudini normale, raportate la atelierele şcolare şi profesia pe care urmează s-o înveţe în continuare. De aceea, autorii pledează pentru lărgirea sferei profesiunilor pe care le pot îndeplini tinerii deficienţi; potrivit unor acorduri examinative şi de repartiţie profesională în vederea unei rentabilizări economice prin monopolizarea relativă a unor produse.

Punctele de vedere cu privire la raportul dintre adaptare şi integrare, sub toată diversitatea lor, pot fi comentate şi problematizate, în funcţie de concepţia integrală sau parţială a autorilor, care reflectă orientarea ideologică realistă a unor particularităţi cu semnificaţii diferite. Aici avem în vedere toate disciplinele care concurează şi cooperează interdisciplinar pentru a găsi explicaţii teoretice şi rezolvări practice, pe care le ridică existenţa şi cunoaşterea omului în ambianţa polivalentă a mediului social mobil.

Păstrîndu-se în limitele accesibile ale discernămîntului entic şi gnosic, noi considerăm ca una din modalităţile înţelegerii raportului dintre adaptare şi integrare, cu toate implicaţiile lor, despre structurarea bio-psiho-socială a omului, concepţie unitară şi dinamică, care permite o abordare determinist ştiinţifică, materialist-dialectică, a studierii omului în procesualitatea mobilă a interrelaţiilor de structurare şi restructurare.

Acest concept bio-psiho-social abordează cercetarea omului pe cele trei coordonate majore: normalitatea, zona de interferenţă dintre normal şi patologic şi patologia, atribuindu-se fiecărei coordonate ponderea reală pe care o deţine în fluxul adaptării şi integrării, dar şi a procesualităţii inverse de dezadaptare şi dezintegrare, militîndu-se pentru diferite modalităţi specifice de readaptare şi reintegrare, potrivit particularităţilor bio-psihice şi a contextului social de existenţă.

În această ultimă accepţie a conceptului bio-psiho-social, preocupîndu-se de copiii şi tinerii cu „deficienţe bio-psihice" individuale cu repercusiuni negative pe plan social, vom delimita numai unele categorii psiho-diagnostice, care se impun ca frecvenţă şi problematică de rezolvare pe plan socio-economic, prin diferite modalităţi specifice de adaptare şi integrare profesională.

De fapt, prin „deficienţe bio-psihice" de adaptare şi deficienţe relaţional psiho-sociale, noi vizăm două categorii de psiho-diagnostic: debilitatea mintală şi hipofrenia.

Desigur, interpretarea reală se nuanţează şi se datorează diferenţiat, după anumite criterii, de problematica deficienţelor neuro-psiho-motorii. În categoria mare a deficienţelor putem delimita: deficienţe somatice, neurologice, intelectuale şi comportamentale. Dar cum preocuparea noastră vizează deficienţele bio-psihice preponderent intelectuale ne vom referi numai la cele două psiho-diagnostice amintite, insistînd mai mult asupra primului — a debilităţii mintale.

Se ştie că numărul real al deficienţelor de natură intelectuală nu se cunoaşte exact decît prin aproximări de sondaje pe grupe demografice şi prin cercetări multidisciplinare limitate la numărul studiat de subiecţi. Generalizările sau deducţiile de raportare statistică sînt riscante în dublu sens: de exagerare sau de diminuare a situaţiei reale.

Din datele OMS şi UNESCO deficienţii intelectuali reprezintă 9,30% din totalul populaţiei infantile (pînă la aproximativ 20 de ani), integraţi şi procentul de 17,86% din celelalte grupe de deficienţe. Procentajul cel mai mare îl indică categoria de deficienţe intelectuale, astfel: intelect limită 7%, debilităţi mintale 2%, imbecilităţi 0,24% şi idioţi 0,06%.

Aceste date oficiale sînt destul de aproximative, dovadă că depistarea deficienţelor intelectuale, din unele ţări, variază astfel: Franţa 5% deficienţe intelectuale; SUA 3% debilităţi mintale; 0,3% imbecilităţi; 0,1% idioţie; Suedia 8,5% debilităţi mintale.

Alţi autori, prin cercetări şi studii de specialitate, delimitează categoriile de psiho-diagnostic a deficitului intelectual, la interferenţa normalului cu patogenicul, obţinînd procentaje variate, prin investigaţii psihologice cu teste de inteligenţă căutînd totodată să explice anumite tendinţe aparente şi reale pe care le constată.

Dar nu toate aceste cercetări au o concepţie unitară, integrală şi dinamică cu privire la structurarea bio-psiho-socială a omului. Desigur, sînt multe dificultăţi de abordare şi examinare şi noi ţinem seama de ele, preluînd şi continuînd în mod real tot ceea ce exprimă o mai bună investigare, avînd în consideraţie majoritatea etapelor prognostice, valorificînd adecvat potenţialul uman sub raport socio-economic.

Examinările prin teste de inteligenţă pun în evidenţă anumite valori consacrate de Q.I. pentru delimitarea gradelor de oligofrenie şi în general a dezvoltării mintale, grupîndu-se pînă la „genii".

Desigur, testele au valoarea lor, şi nu o putem nega, dar fixarea metafizică a dezvoltării intelectului la diferite vîrste este riscantă şi neîntemeiată real, mai ales în categorii psihodiagnostice funcţionale, vizînd interferenţa dintre normal şi patologic.

Cu atît mai mult, cu cît aceste delimitări de Q.I., convertiţi în ani cronologici normali variază de la autor la autor şi deci şi de la teste la teste (a testelor care nu au acoperire ştiinţifică, riguros prelucrată statistic, în contextul evoluţiei individuale şi a tehnicii moderne).

Aceasta nu înseamnă o renunţare la teste, ci dimpotrivă, folosirea lor ca instrument adjuvant şi de multe ori hotărît în psihologia diferenţiată, dar să fie întemeiate ştiinţific şi nu gen artizanat.

După Binet, debilul mintal nu depăşeşte 9 ani cronologici al unui copil normal; după Goddard debilul mintal se încadrează între 7 şi 12 ani; iar după H. Ey între 7 şi 10 ani.

Majoritatea testelor de inteligenţă (a scăderilor de inteligenţă, cum sînt: Binet-Simon, Terman-Merill, Kullmann, Wechler etc.), consideră Q.I. a debilului mintal cuprins între 50 şi 70, iar a intelectului limită între 70 şi 90, Terman indică între 80 şi 90, Q.I. — 15% din populaţia şcolară sub denumirea de „proşti" (ceea ce ca denumire numai, este vădit indecentă).

Comentariile cu privire la inventarierea raporturilor dintre dezvoltarea psihică a inteligenţei şi a Q.I. pot fi continuate mai ales, dacă le racordăm evoluţiei din ultimele două decade şi avem în vedere şi o perspectivă a viitorului, în ceea ce priveşte dezvoltarea socio-economică. Dar aceste comentarii nu le putem despărţi de cauzele şi factorii care generează stările de deficienţă intelectuală.

Se cunosc mai multe categorii de factori, a căror delimitare şi pondere este şi mai dificil de făcut. Astfel întîlnim „factori ereditari, peristazici, intranatali şi postnatali". Factorii postnatali sînt de natură organogenă (infecţii, traumatisme, intoxicaţii), psihogenă (psihologici şi sociali) şi funcţionali, între care există o interpătrundere şi intersecţie nedelimitată suficient. Factorii psihogeni, sub aspect dublu de „situaţii conflictuale şi dificultăţi de adaptare" capătă o pondere tot mai mare, ca frecvenţă în ceea ce priveşte exigenţele dezvoltării socio-economice, mai ales dacă îi raportăm la dezvoltarea personalităţii sub aspect bio-psiho-social.

Hipofrenia se referă la complexitatea interferenţelor marginale, a deficienţelor bio-psiho-sociale, concretizate în personalitatea infantilo-juvenilă prin demodulări ideo-afective volitive şi de conduită, ce determină o insuficientă capacitate adaptativ-integrativă la condițiile de mediu social, respectiv acea zonă incertă a demodulărilor maladaptative, dezadaptative sau aberante, cuprinsă între zona incertă dintre oligofrenie — respectiv debilitatea mintală și integritatea mintală (normalul), definită convențional ca „intelect de limită" sau sub diferite alte denumiri. În cadrul acestui psiho-diagnostic, de hipofrenie, se diferențiază două categorii etiologice, prin predominența cauzelor bio-psihogene (premise cognitive) și psiho-sociogene (funcționale și de relații).

Aceste delimitări, în cadrul hipofreniei, sînt importante deoarece pot explica cauzele aparente și reale ale eșecului de adaptare și integrare școlar-profesională. Cu atît mai mult, cu cît prima categorie de hipofrenie (primar-cognitivă) și debilitatea mintală superioară, beneficiază în condiții de legislație școlară și a muncii de ocrotire de posibilitatea adaptării și integrării profesionale.

Aceste constatări au fost puse în evidență printr-o investigație psihologică de masă (aproximativ 5 000 subiecți între 14—16 ani, din clasa a VIII-a), care a cuprins o baterie alcătuită din 6 teste și un chestionar SFS, care a vizat cinci problematici majore. Autorii au etalonat aceste teste pe un eșantion de 650 subiecți prin metoda decilo-cvartilică, acum fiind în curs de etalonare, prin două metode statistice și probele lotului întreg investigat de 3 000 subiecți.

Aceeași formație testabilă, autorii au aplicat-o și la școli speciale de profil, care vizează deficiențele intelectuale (bio-psihice) și anume: Școala ajutătoare Iași și Căminul-școală Miclăușeni, numai la clasele a VIII-a (vîrsta de 17—19 ani) fete și băieți, total 50 de subiecți).

Această investigație a fost determinată de anumite premise teoretice și practice, avînd posibilitatea să examinăm tineri în mod colectiv, individual și în cadrul comisiei de expertiză pentru repartiția profesională, la școli de profil, utilizînd informațiile de dosare și pe cele școlare.

La acestea mai adăugăm și alte examinări ale subiecților în mediul școlar, profesional (la Căminul-școală Miclăușeni), pe un timp îndelungat (2 și 4 săptămîni) din anii anteriori investigației prezente. Ipotezele noastre de investigație au cuprins o serie mai mare de preocupări, dar le-am redus la următoarele:

— Ce raport există între hipofrenia bio-psihogenă (neșcolarizată special) și debilitatea mintală (17—19 ani, școlarizată special) sub raportul dezvoltării psihice?

În școlile speciale de profil sînt depistate aptitudinile individuale care să fie exersate în continuare, prin profesiuni adecvate? (continuarea muncii din atelierele școlaă cu munca productivă).

Examinările psihologice la vîrste cronologice diferite, avînd ca scop surprinderea elementelor esențiale ale dezvoltării psihice, printr-un instrumentar de investigație adecvat pe profil, sînt cunoscute de comisiile de expertiză și repartiție profesională?

Există posibilitatea lărgirii sferei profesiunilor pentru asemenea categorii de psiho-diagnostic, precum și o legislație special-protectoare de „monopolizare" a unor produse ale muncii?

Care sînt modalitățile principale ale adaptării și integrării familial-profesionale?

Desigur, nu putem să prezentăm în comunicarea de față relatările și soluțiile tuturor ipotezelor formulate. Comunicarea încearcă să surprindă unele aspecte care vizează adaptarea și integrarea profesională a tinerilor din aceste școli de profil special și implicațiile pe care acestea le presupune.

În cadrul investigațiilor periodice, în cursul anilor 1968, 1969, 1970 la Căminul-școală Miclăușeni, au desfășurat o muncă intensă, în scopul orientării, după posibilitățile generale și individuale ale fiecărei clase de elevi, tematicii învățămîntului și a lucrărilor practice, efectuate în școală.

Am observat, de altfel, că începînd cu clasa a VI-a, în cadrul orelor de lucrări practice se ajunsese la confecționarea unor produse ca: fețe de masă, carpete pe etamină, cămăși din șifon cu broderii naționale, draperii din pînză cu diferite modele, mileuri din pînză și lasetă, panglici colorate, urmînd ca în următorii doi ani, gradual, să crească complexitatea produselor efectuate. De exemplu, în clasa a VIII-a, elevele lucrau, în condiții estetice normale, costume naționale, lengerie de pat, carpete, fețe de masă. Lucrările de mai mare amploare erau efectuate în grupe mai restrînse de 3—4 eleve la un produs. În cadrul acestor echipe de lucru, fetele se integrau cu mai multă ușurință și plăcere, decît în activitatea chiar instructiv-educativă, propriu-zisă.

Între membrele grupului se stabileau relații de cooperare, de sociabilitate și ajutor reciproc, ele reacționînd în mod adecvat atît în manifestările de succes, cît și la cele de insucces.

În afara orelor de lucru manual, elevele mai efectuau diferite munci agricole și gospodărești. Din cadrul muncilor agricole putem enumera: recoltatul porumbului, a cartofilor și zarzavatului, de pe lotul experimental al școlii, precum și amenajarea serei de flori, prin pregătirea răsadurilor și selecționarea semințelor pentru semănat.

Muncile gospodărești se refereau la diverse servicii de autoservire, diferite lucrări pentru repararea și întreținerea îmbrăcăminții și a încălțămintei, conservarea zarzavaturilor și servicii la bucătărie, sufragerie ,în clasă și în cadrul Crucii Roșii.

Fiecare dintre cele două clase a VIII-a avea cîte 4 ore după amiaza (de la 16—20) lucrări practice, conduse de către maistra de lucru.

În cadrul primelor sondaje efectuate individual s-au constatat următoarele opțiuni profesionale intuitive ale elevilor: — croitorie de damă și copii, — broderii naționale, — broderii artistice, — țesătorie (covoare, carpete), — coafură, — obiecte de artizanat.

Activitățile practice, inclusiv cele agricole și gospodărești, au avut ca scop dezvoltarea capacității elevilor de a mînui diferite obiecte, de a confecționa lucruri, de a le dezvolta îndemînarea și priceperea pentru diferite munci.

În urma cunoașterii profilului Școlii-cămin Miclăușeni și a gradului de dezvoltare intelectuală a elevelor școlarizate, am optat pentru investigarea lor ulterioară prin aceeași baterie de teste ca și a copiilor normali. Surprinzător, dar atît la probele de performanţă, cît şi la cele de cunoştinţe, elevele s-au situat în proporţie de 20% în decile superioare, atingînd chiar decilul 6 (exemplu la proba de gîndire abstractă). Acestea nu ar însemn că nivelul intelectual al elevilor şcolarizaţi este superior faţă de gradul sever de diagnostic cu care au fost internaţi în această şcoală-cămin, rezervată copiilor pînă la limita debilităţii mintale ?

În baza acestor constatări, am aplicat şi un chestionar, al cărui conţinut viza, printre alte aspecte şi cele ale orientării profesionale a elevelor.

Din totalul de 19 subiecţi ai ambelor clase a VIII-a, 7 optau pentru croitorie, 8 pentru tapiţerie, 2 pentru ţesătorie, 2 pentru zugravi şi 1 pentru şcoala de surori medicale. Iată deci, cum ajunşi în pragul terminării şcolii generale, deşi la nivel scăzut faţă de media normalităţii, opţiunile acestora se situau la limita a 5 meserii cunoscute. Motivaţia alegerii se rezumă între : îmi place 5, e frumoasă 5, e bănoasă 4, e folositoare 2 şi alte motivaţii legate de îndemînarea necesară a capacităţilor lor, precum şi a satisfacţiilor resimţite printr-o activitate manuală.

Legătura dintre obiectele de învăţămînt şi meseria aleasă nu avea un suport real, fiind recunoscută doar importanţa activităţilor practice şi a muncilor agricole pentru viitoarea profesiune. Deşi ar fi trebuit ca într-un asemenea regim de viaţă rolul primordial să-l aibă şcoala, ca unică sursă de orientare adecvat profesională, răspunsurile la chestionar relevă o situaţie diferită. Numai 12 subiecţi răspund că sînt informaţi despre viitoarea profesiune de la tovarăşii profesori din şcoală, în rest, răspunsurile sînt în ordine : de la colegi 7, rude 3 şi 8 răspunsuri notate cu 0.

Ne punem întrebarea firească, care este rolul şcolii în aceste cazuri, în orientarea şi selecţia profesională, cînd ştim că aceşti tineri nu pot beneficia de îndrumarea părinţilor sau a altor factori socio-culturali, decît prin intermediul şcolii-cămin ? Ba mai mult, la finele anului 1971, cînd elevele din cele două clase a VIII-a, au ajuns în pragul repartiţiei la şcoli profesionale de diferite profile, am fost solicitaţi de comisia de expertiză pentru repartizarea cît mai adecvată şi în conformitate cu posibilităţile fiecărui elev, la şcoala profesională cea mai indicată. Dar baremurile reduse de alegere între cinci meserii credem că este insuficient pentru aptitudinea şi capacitatea elevelor, care ar fi putut face faţă cu succes şi în alte domenii decît cele care figurau pe lista obligatorie a repartizării lor : — croitor îmbrăcăminte femei, — ţesător manual covor, — plăpumar saltelar, — tapiţer, — zugrav-vopsitor.

Dăm mai jos opţiunea elevelor pentru meseriile înscrise în lista indicată pentru această formă de şcolarizare : — 2 croitorese ; — 2 broderie ; — 3 ţesătorie ; — 4 tapiţerie ; — 4 zugrav ; — 4 plăpumar.

Considerăm că ponderea mare a meseriilor de tapiţer, zugrav şi plupumar-saltelar, care cer o dexteritate manuală deosebită, o combinaţie a culorilor foarte fină şi o constituţie fizică adecvată, nu pot satisface capacităţile relativ reduse în aceste domenii, a elevilor cu deficienţe psihice şi că o gamă mai largă de meserii ar fi putut rezolva mai just situaţia de fapt, existentă real. Şi apoi, problema capitală, aceea a integrării în mediul social a acestor tinere a fost puţin abordată de şcoală şi de forurile de resort, lăsînd la liberă alegere posibilităţile de integrare ale acestora în viitoarea formă de şcolarizare profesională.

Foarte important de remarcat este şi faptul că din problematica orelor de lucru manual, în afara croitoriei şi a broderiei, nu figurează nici o altă meserie din cele optate ulterior, la expertiză, de către subiecţi. Aceasta se explică, credem noi, tocmai datorită posibilităţilor relativ scăzute de alegere între cinci meserii impuse obligatoriu şi într-o anumită proporţie, de către forurile tutelare, care n-au lăsat posibilitatea echilibrului dintre preferinţă, capacitate şi anumite aptitudini.

Analizînd aceeaşi problematică şi în cadrul Şcolii ajutătoare Iaşi, observăm că elevii celor trei clase a VIII-a cunosc doar 12 meserii, cu predominanţă fiind : croitorie, tapiţerie, ţesătorie, lăcătuşerie şi vopsitorie.

Opţiunea celor 34 de subiecţi investigaţi se îndreaptă astfel : — 13 spre croitorie ; — 7 spre tîmplărie ; — 5 spre lăcătuşerie ; — 4 spre tapiţerie ; — 3 ţesătorie ; — 2 vopsitorie ; fiind îndrumaţi spre aceste meserii în special în cadrul orelor de practică din cadrul şcolii şi mai puţin la orele de dirigenţie (în fond, practica se desfăşura doar pe trei profiluri : croitorie, tîmplărie, ţesătorie).

Motivaţia este asemănătoare, predominînd motive facile : e frumoasă 16, e curată 6, e bănoasă 3, îmi place 2 şi mai puţin cele aptitudinale (doar 2 declară că ar avea aptitudini reale spre meseria aleasă).

Dar spre deosebire de elevii din Miclăuşeni, în Şcoala ajutătoare legătura cu obiectele de învăţămînt se face simţită cu mai multă vigoare, 25% din subiecţii investigaţi declarînd că au luat cunoştinţă de meseria pe care o vor practica în viitor din relatările tovarăşilor diriginţi, profesori, director.

Preocuparea ambivalentă a şcolii şi familiei în orientarea tinerilor spre profesiunile cele mai indicate în raport cu nivelul lor de dezvoltare intelectuală şi fizică, se resimte şi în înţelegerea pe care o au aceştia faţă de meseriile spre care îşi îndreaptă opţiunea lor profesională, cît şi faţă de recunoaşterea personală a diferitelor aptitudini care vin în sprijinul alegerii şi practicării uneia sau alteia dintre profesii.

Conştientizarea mai ridicată a acestora faţă de posibilităţile lor de integrare se face simţită şi în înţelegerea legăturii mai ample dintre obiectele de învăţămînt şi viitoarea profesiune, elevii punînd pe acelaşi plan nu numai orele de atelier, ci şi matematica, desenul, disciplina, obiectele adjuvante în fiecare din profesiile alese.

Subiecţii din Şcoala ajutătoare, investigaţi de noi prin acelaşi set de probe ca şi cei din Căminul-şcoală Miclăuşeni, se ridică evident chiar pînă la limitele maxime ale etalonului, bineînţeles într-o proporţie numerică mult mai scăzută faţă de media subiecţilor normali (de exemplu : la proba de atenţie ajungîndu-se la decilul 10, la memorie cuvinte pînă la decilul 9, iar la memorie cifre, cod, vocabular, pînă la decilul 7).

Această situație ridică pentru cadrele de specialitate o problemă foarte serioasă, pe cît este ea de reală: care au fost criteriile selecționării tinerilor în școala ajutătoare? Pînă la ce grad de debilitate mintală au fost acceptați elevii spre școlarizare? Există posibilități de recuperare pe parcursul anilor de școlarizare a unora dintre elevi și dacă există, ce se întîmplă cu aceștia?

Răspunsurile nu pot fi formulate în mod simplist, decît printr-o analiză detaliată a faptelor existente la modul concret, în școlile cu profil special pentru deficienții psihici. Se pare că opțiunea noastră spre diagnosticul de hipofrenie în aceste situații este evident susținut de rezultatele obținute în urma examenelor psihologice colective și individuale asupra acestor elevi, corelate cu performanțele școlare, obținute de ei.

Astfel, considerăm că un procent de 20% din subiecții investigați de noi trec peste limita debilității mintale, încadrîndu-se cu succes în categoria diagnosticului de hipofrenie funcțională și că aceștia ar fi putut fi integrați pînă în clasa a VIII-a în școala generală — cu clase speciale — unde ar fi avut alte posibilități de dezvoltare decît în școlile respective, cu profil special.

Pe de altă parte, integrarea socio-profesională a acestora s-ar fi putut face în limitele dezvoltării lor individuale, în funcție de aptitudini, posibilități și capacități. Impunerea unor anumite profesii barem, fără studierea suficientă a posibilităților de integrare a elevilor din școlile speciale, poate duce ulterior la un anacronism în diferite medii productive, în care aceștia vor lucra în viitor.

Considerăm că ar fi indicat ca o serie de profesii să fie „monopolizate" și raportate la necesitățile industriei locale pe diferite produse, în care să se lucreze numai cu elevi proveniți din școlile speciale.

Concluziile care se desprind din investigația noastră, — pledează către un studiu mai amănunțit cu privire la posibilitățile de diversificare a profesiunilor școlilor speciale (cu elevii deficienți intelectuali), graduate după dezvoltarea capacităților lor bio-psihice. Totodată, se desprinde necesitatea continuării exercițiului profesional din școală și alte școli profesionale de tip special. În același timp, asigurarea repartiției la locul de producție trebuie asigurată, credem noi, prin „monopolizarea" unor profesii, în cadrul cărora să predomine lucrători absolvenți ai acestor școli speciale.

Aceasta oferă posibilitatea unei integrări profesionale și sociale, avîndu-se în perspectivă și adaptarea ulterioară ideo-afectivă a acestor deficienți intelectuali.

IMPLICAȚIILE DIAGNOSTICULUI DE MEDICINĂ GENERALĂ ÎN CLINICA PSIHIATRICĂ

P. Brânzei, I. Gherasimescu, M. Șelaru
— *Iași*

Psihiatria ca disciplină medicală se află la interferențele diverselor domenii ale patologiei umane, constituindu-se prin însăși sfera preocupărilor sale din ce în ce mai evident ca un domeniu de sinteză a acțiunii concomitente a factorilor de ordin biologic, psihologic și social în păstrarea sau ruperea echilibrului adaptativ al personalității, boala psihică reprezentînd expresia cnocentrată în factor a morbidității generale în corelațiile sale complexe ecologo-epidemiologice.

Constituirea însăși a domeniului de preocupare al psihiatriei se leagă de dinamica socio-culturală și de nivelul de cunoaștere și acțiune umană îndeosebi în ceea ce privește sănătatea și boala. Primele descrieri ale afecțiunilor psihice se corelează etiologic cu fenomenul biologic facil evidențiat de observația clinică: delirul febril. Determinismul cartezian și concepția newtoniană a determinismului direct cauză-efect s-au reflectat în domeniul psihiatriei în vastul capitol al psihozelor infecțioase, toxice, organice, genetic-constituționale cu toate virtuțile și servituțile conceptuale de care erau însoțite explicațiile unei etiopatogenii univoce în construcția sa.

Fără a subestima componența psiho-socială alături de cea biologică în interdependențele și intercondiționările lor reciproce în patologia psihică așa cum o concepem noi în viziunea bio-psiho-socială despre om, vom aborda în prezenta lucrare implicațiile diagnosticului de medicină generală în clinica psihiatrică așa cum ne-au fost ele sugerate de cercetarea documentelor anatomo-patologice a unui număr de 718 cazuri aflate în documentele Spitalului Clinic de Psihiatrie „Socola" Iași.

Datele sintetice obținute de noi atestă faptul că cele mai frecvente afecțiuni sînt cele digestive (83,70%) urmate de suferințele aparatului respirator (80—91%) ale aparatului renal (53,60%) și cardio-vascular (47—49%).

Cele mai frecvente implicații ale suferințelor digestive au fost evidențiate în proporție de 100%, în melancolie, schizofrenie, și paralizia generală progresivă, valoare de care se apropie procentul de 99,13% din cazurile de patologie digestivă, evidențiat în procesele expansive intracraniene.

În oligofrenie și epilepsie au fost constatate valori apropiate 65% și respectiv 69,35% din cazuri cu tulburări morfologice în sfera digestivă, după care se situează la valori apropiate psihosindroamele maniacale (58,92%) și cele demențiale (59,02%).

În ce privește patologia aparatului respirator remarcăm incidența crescută a suferințelor pulmonare în paralizia generală progresivă (92,77%) procese expansive intracraniene (96,96%), schizofrenia (88,09%), mania

(82,14%), melancolia (76,05%), oligofrenia (65%), confuzia mintală (63,94%) și demențele (63,63%).

Patologia cardio-vasculară are cea mai mare incidență în PGP (74,69%), după care se situiază psihosindroamele maniacale (62,5%), demențele (53,03%), procesele expansive intracerebrale (50,64%) psihosindroamele melancolice (47,88%), sindroamele confuzive (36,06%), oligofrenia (35%), după care urmează schizofrenia (23,80%) și apoi epilepsia (21,59%).

În ce privește patologia renală cea mai mare incidență se remarcă în cazul psihosindroamelor depresive (88,73%), paralizia generală progresivă (77,10%), procesele expansive intracerebrale (61,90%) după care urmează schizofrenia (50%), mania (42,85%), oligofreniile (40%) epilepsia și confuzia mintală (fiecare cu 31%) și demențele (16,66%).

În cadrul diferitelor boli psihice constatările noastre par a evidenția o afectare predominantă pe aparate și sisteme după cum urmează : oligofrenii-suferințele aparatului digestiv (65%), respirator (65%), renal (40%), și apoi cardio-vascular (35%) ; — psihosindroamele maniacale : bolile apartului respirator (82,14%), cardio-vascular (62,5%), digestive (58,92%) și renale (42,85%) ; — psihosindroamele depresiv-melancolice : bolile aparatului digestiv (100%), renal (88,73%), respirator (76,05%) și cardio-vascular (47,88%) ; — psihosindroamele discordante : bolile tractului gastro-intestinal (100%), respiratorii (88,09%), renale (50%) și cardio-vasculare (23,80%) ; — epilepsia cu tulburări psihice : bolile digestive (69,31%), respiratorii (55—68%), renale (31,89) și cardio-vasculare (21,59%) ; — psihosindroamele confuzive : bolile respiratorii (63,94%), digestive (49,18%), cardio-vasculare (36,36%) și renale (31,14%) ; — paralizia generală progresivă realizează pe ansamblu valori mari pentru toate sistemele și aparatele : boli digestive (100%) , respiratorii (92,77%), renale (77,10%) cardio-vasculare (74,69%) ; — psihosindroamele demențiale : boli respiratorii (63,63%), digestive (59,09%), cardio-vasculare (53,03%) și renale (16,66%) ; — în procesele expansive intracraniene se constată următoarea frecvență : boli digestive (99,13%), respiratorii (96,96%) renale (61,90%) și cardio-vasculare (50,64%).

Este remarcabilă apropierea dintre afectarea aparatului cardio-vascular la valori aproape egale în demențe, psihosindroamele afective și procesele expansive intracraniene, ca și între afectarea digestivă 99,13% în tumori cerebrale și respectiv de 100% în melacolie, schizofrenie și paralizia generală progresivă.

Datele de mai sus demonstrează convingător că psihiatrul trebuie să fie dublat de omnipractician, iar psihiatria orientată în sensul abordării complexe bio-psiho-sociale a bolii psihice și a personalității ca totalitate de manifestări umane normale sau anormale.

DINAMICA DISPENSARIZĂRII BOLNAVILOR PSIHICI ÎN MUNICIPIUL IAȘI ÎN PERIOADA 1976—1979

P. Brânzei, M. Șelaru, Beata Catalina Vasacos
— Iași

Dispensarizarea bolnavilor are ca obiectiv fundamental instituirea și administrarea optimală și în timp util a măsurilor individualizate de ordin medico-biologic și de natură psihosocială care vizează reinserția și readaptarea socio-profesională și familială a bolnavilor psihici cu evoluție îndelungată și care întîmpină dificultăți de asimilare și acomodare adaptativă. Înțeleasă în sensul intervenției active și în echipă interdisciplinară, dispensarizarea include atît măsurile de prevenție secundară și terțiară, ca și pe cele de prevenție primară, ultimile în măsură în care se efectuează o depistare a unui proces morbid psihotic pe care-l surprinde în primele faze de evoluție și intervine activ în stabilizarea sau lichidarea sa. În asemenea situații, stabilirea unui diagnostic precoce și instituirea energică a măsurilor medico-sociale au un rol și o importanță determinantă în evoluția maladiei.

Ca modalitate de asistență extraspitalicească a bolnavului psihic, dispensarizarea se înscrie în cadrul unic al măsurilor polivalente pe care le realizează rețeaua de psihiatrie în cadrul unitar al plăcii turnante pe care o reprezintă clinica psihiatrică care-și realizează și-și continuă modalitățile de colaborare interdisciplinară îndeosebi în afara cadrului instituționalizat pe care-l reprezintă spitalul de profil.

În sensul celor de mai sus, dispensarizarea reclamă în mod necesar o serie de condiții de a căror realizare depinde eficacitatea sa în sensul recuperării, reinserției și reumanizării bolnavului psihic. În primul rînd, pentru împlinirea dezideratelor profund umanitare ale dispensarizării este nevoie de o echipă complexă interdisciplinară (medic, psiholog, sociolog, jurist, pedagogi, asistente medicale și sociale etc.) satisfăcătoare din punct de vedere numeric și în raport cu numărul populației pe care o are în supraveghere, dar cu o calificare și conștiință profesională de elevată ținută.

În al doilea rînd, se impune în mod logic asigurarea spitalizării corespunzătoare a dotărilor materiale necesare desfășurării nestinjenite a activităților complexe pe care trebuie să le inițieze, de largă accesibilitate și de acces facil, ca localizare teritorială.

În al treilea rînd, se impune cu necesitate elaborarea unei metodologii complete și complexe, științific fundamentate, care să vizeze întreaga problematică biologică, psihologică și socială considerată, din punctul de vedere al interacțiunii și interdependenței lor simultane și determinante pentru succesul sau eșecul tentativelor de recuperare, reinserție sau de reumanizare a bolnavului psihic. Ca necesitate metodologică apare stabilirea unor strînse legături dinamice plurinivelare cu organizațiile, organismele și instituțiile sociale interesate în promovarea și apărarea sănătății mintale a populației, prin mobilizarea unui larg activ obștesc, singurul capabil să rezolve în mod optimal problematica vastă a acțiunilor de asistență extraspitalicească a bolnavului psihic. În cadrul acestui vast colectiv de acțiune medico-socială, un loc privilegiat, considerăm că trebuie acordat familiilor bolnavilor psihici, iar în absența aparținătorilor apare ca necesară conlucrarea cu instituțiile sau organizațiile sociale care au sub supravegherea lor bolnavii mintali.

Un loc aparte în cadrul acțiunilor de dispensarizare a bolnavului psihic, considerat ca totalitate de manifestări bio-psiho-sociale cu virtuțile și servituțile inerente datorate bolii, considerăm că îl ocupă colaborarea cu toate celelalte discipline medicale pe care medicul psihiatru nu trebuie să ezite a le folosi fără a abuza de ele, pentru a reuși să învingă neîncrederea sau reticența cu care se acționează într-un domeniu atît de dificil și cu atîtea probleme de multe ori insolvabile prin necunoaștere sau prin ignorare.

Ar fi, desigur, greșit să se înțeleagă că domeniul dispensarizării se adresează doar cazurile cu risc adaptativ și în care dezvoltarea sau personalitatea psihopatologică și-a pus în mod determinant amprenta dezadaptativă manifestă și, eventual, irecuperabilă. Un asemenea mod de a considera dispensarizarea vine în contradicție de principiu cu însăși obiectele profilactice ale dispensarizării. În acest sens, dispensarizarea se adresează inclusiv persoanelor la care se decelează riscul dezadaptativ care se impune a fi prevenit în ce privește instalarea prin inițierea unor măsuri medicale, sociale, profesionale (climat și condiții de protecție și prevenire a decompensărilor etc.), și familiale care să permită reluarea activității socio-profesionale la nivelul parametrilor calitativi și cantitativi premorbizi.

Pentru realizarea obiectivelor pe care le vizează dispensarizarea apare ca necesară și indispensabilă permeabilizarea publicului față de problemele promovării și apărării sănătății mintale a populației prin intermediul unei vaste activități cultural-educative de propagandă și informație generală simplă, dar completă, privind problematica deosebit de complexă a sănătății mintale și a adaptării socioprofesionale a bolnavului psihic.

În sensul celor de mai sus considerăm că asistența extraspitalicească a bolnavului psihic ca noțiune cu mult mai cuprinzătoare decît dispensarizarea sînt preocupări de natură medico-socială care, prin caracterul lor activ asigură continuarea tratamentului diferențiat în clinică pentru consolidarea remisiunilor sau a ameliorărilor obținute, îmbinînd simultan acțiunile de psihoterapie individuală cu cele ale microgrupului familial și socio-profesional. De aceea, considerăm că dispensarizarea prin valențele sale îmbină în mod armonios și diferențiat terapia medicamentoasă cu psihoterapia familiei, cu socioterapia microgrupului instructiv-educativ sau socio-profesional, cu ergoterapia spontană sau în cadrul instituțional organizat de unde și necesitatea înființării atelierelor protejate de ergoterapie ca mijloace importante de reinserție și resocializare a bolnavului psihic. Prin intermediul dispensarizării realizată de Serviciul psihosocial, (L.S.M.) bolnavul păstrează în același timp, în mod preferențial legătura cu clinica, întîlnindu-se cu medicul curant ori de cîte ori este nevoie, fie în cadrul L.S.M., fie prin intermediul L.S.M. în cadrul clinicii sau în familie, acolo unde este cazul, în această acțiune participînd psihologul sau psiho-sociologul ca și personalul mediu ce activează în sectorul arondat ce-l are în supraveghere și în care-și desfășoară activitatea.

Sectorizarea teritorială cu crearea concomitentă a unei echipe complexe interdisciplinare, ce acționează în teritoriul arondat fiecărei echipe, cuprinde întreaga problematică a sănătății mintale inclusiv acțiunile de dispensarizare ce se adresează concomitent copilului, adultului sau persoanelor înaintate în vîrstă, cuprinzînd, în același timp, sectoarele instructiv-educative și socio-profesionale ca și instituțiile de asistență medico-socială.

Un loc aparte revine, de asemenea, acțiunilor de prevenire a eșecului instructiv-educativ prin crearea în învățămîntul general a claselor de instruire psihopedagogică stimulatorie pentru copiii cu dificultăți școlare ca și a atelierelor de ergonomie diferențiată organizate în cadrul întreprinderilor pentru prevenirea eșecului adaptativ socio-profesional.

O atenție particulară se acordă bolnavilor psihici cu dificultăți de inserție familială față de care se manifestă riscul instalării fenomenelor de rejetare sau abandon.

În consens cu cele de mai sus și pe baza experienței Serviciului psihosocial (L.S.M.) Iași, noi considerăm că bolnavul mintal, indiferent de vîrstă, profesie, formă clinică de boală și stadiul de evoluție al acesteia poate și trebuie să fie asistat simultan psihologic, biologic și social. Caracterul dinamic și de largă plasticitate al asistenței extraspitalicești permite o accesibilitate neîngrădită a bolnavului la asistență gratuită medico-socială cu adresabilitate și capacitate de rezolvare polivalentă a problemelor dominante sau nu ale bolnavului psihic, familiei și a cadrului instituționalizat în care-și desfășoară activitatea, chiar și în cazurile în care relațiile sale sociale prezintă dificultăți aparent insolvabile la prima abordare.

Cheia succeselor în această acțiune apare a fi evidențierea precoce a cazurilor de risc sau eșec adaptativ instructiv-educativ sau socio-profesional prin plasarea acțiunilor și activităților de promovare și apărare a sănătății populației în ansamblul său, ceea ce impune colaborarea interdisciplinară în sensul rezolvării unor probleme comune de igienă socială și profesională (a muncii), de gerontologie, protecție și asistență infanto-juvenilă și în corelație cu organismele și organizațiile comunitare interesate în apărarea și promovarea propriei sănătăți.

În vederea îndeplinirii obiectivelor de mai sus, importantă ni se pare calitatea echipei cu care se acționează, calificarea adecvată pentru a fi capabilă să intervină în mod avizat în rezolvarea sarcinilor privind sănătatea mintală și, bineînțeles, crearea unui nivel optim al interrelațiilor personale în cadrul echipei stimulative pentru fiecare membru în parte și determinante pentru nivelul calitativ de acţiune unitară şi de deficienţă superioară.

În faza iniţială a acţiunilor de dispensarizare prin Serviciul psihosocial au fost dispensarizaţi între anii 1970—1976 peste 2 000 bolnavi psihici aparţinînd tuturor grupelor nosologice cu focalizare particulară pentru psihosindroamele la interferenţă cu normalitatea care procurau pentru municipiul Iaşi sursa cea mai evidentă a unui număr semnificativ de zile de incapacitate temporară de muncă constituindu-se, de asemenea, într-un lot important de pacienţi cu incapacitate permanentă de muncă.

În această activitate personalul Serviciului psihosocial (LSM) a acţionat în echipe complexe, sectorizate, iar cazurile care prezentau dificultăţi particulare de inserţie familială, instructiv-educativă sau socio-profesională erau prezentate în şedinţele săptămînale de socioterapie şi psihoterapie la care participau bolnavii, ca şi toate echipele ce acţionau la nivelul municipiului Iaşi. În acest mod s-a reuşit să se familiarizeze echipele cu problematica asistenţei extraspitaliceşti a bolnavului psihic şi totodată să se amelioreze calitativ nivelul de instruire profesională a personalului medical şi a psiho-sociologilor. Din experienţa de pînă acum se desprinde concluzia că pentru eficienţa acţiunilor de sănătate mintală importantă este unitatea şi climatul ideo-afectiv de colaborare inter-individuală, dublat de o înaltă conştiinţă profesională, iar de pe altă parte necesitatea desfăşurării unor largi acţiuni educative şi de psihoterapie a grupului familial, instructiv-educativ sau socio-profesional, în vederea creării unui climat permisiv şi de sprijin pentru bolnavul psihic ca factor determinant al eficacităţii măsurilor de psihoprofilaxie primară sau secundară de reinserţie şi resocializare a bolnavului psihic.

În perioada 1976—1979 Serviciul psihosocial, pe baza experienţei cîştigate în asistenţa extraspitalicească şi-a orientat în mod predominant activitatea asupra bolnavilor psihici cu evoluţie îndelungată, astfel că la finele anului 1976 se aflau în evidenţa activă un număr total de 549 pacienţi dispensarizaţi dintre care : 16,21% psihoze organice, 23,23% schizofrenii şi stări delirante cronice halucinatorii paralogice, 27,32% psihoze afective, 4,91% alte psihoze, 9,47% tulburări de personalitate şi 16,93% bolnavi de epilepsie cu diverse tulburări psihice.

Raportîndu-ne la distribuţia pe grupe de vîrstă, constatăm următoarea distribuţie procentuală : 16—24 ani, 16,39% ; 25—34 ani — 20,03% ; 35—44 ani — 26,59% ; 45—54 ani — 24,77% ; 55—64 ani — 8,19% şi peste 65 ani — 7,65% din totalul pacienţilor.

În raport de starea civilă a pacienţilor reţinem că 27,50% sînt necăsătoriţi, 55,1% căsătoriţi, 4,55% văduvi şi 11,11% divorţaţi.

În ce priveşte capacitatea de muncă, îşi desfăşoară activitatea cu orar normal de muncă 39,52%, cu jumătate de normă 4,55%, sînt cu gradul II de incapacitate de muncă 35,15%, cu gradul I de invaliditate 1,45% ; sînt pensionaţi pentru limită de vîrstă 12,02% şi nu au ocupaţie şi respectiv încadrare socio-profesională 0,72%.

Dintre bolnavii cu stări psihotice remise care se află în dispensarizare şi sînt încadraţi în activitatea productivă, ponderea cea mai mare aparţine, în ordine, bolnavilor de : epilepsie 24,42%, psihoze afective 23,96%, schizofrenie 22,58%, tulburări de personalitate 13,36%, psihoze organice 7,83% şi alte psihoze 7,39%.

Amintim, de asemenea, că dintre pacienţii cu incapacitate permanentă de muncă 30,34% aparţin psihozelor afective, 26,86% schizofreniei 18,90% psihozelor organice, epilepsiei cu tulburări psihice 7,46% iar restul, celorlalte psihoze.

Menţionăm, de asemenea, că din punctul de vedere al inserţiei familiale dificultăţile manifestate de încadrare apar îndeosebi în cazul bolnavilor de schizofrenie în proporţie de 44,92% dintre care 13,76% sînt fără aparţinător sau pe seama rudelor. Aceste condiţii particulare socio-familiale ridică probleme deosebite de asistenţă extraspitalicească psihosocială.

Lotului de pacienţi din 1976 li s-au adăugat anual, pe diagnostice, loturi noi de bolnavi, după cum urmează :

Tabel nr. 1

Diagnostic	1976	1977	1978	1979	Total
Psihoze organice	89	29	9	6	133
Schizofrenie şi stări delirante	138	50	16	15	219
Psihoze afective	150	34	11	18	213
Alte psihoze	27	6	2	—	35
Tulburări de personalitate	52	20	5	5	82
Epilepsie	93	44	9	6	152
TOTAL	549	183	52	50	834

Deci, la finele anului 1979 se aflau în dispensarizare activă 834 bolnavi psihici care se distribuie astfel, după structura nosologică şi ponderea procentuală : schizofrenie 25,62%, psihoze afective 25,53%, epilepsie cu tulburări psihice 18,22%, psihoze organice 15,94%, tulburări de personalitate 9,83% şi alte psihoze 4,19%.

Analizînd în dinamică capacitatea de muncă în perioada 1976—1979 constatăm că aceasta a avut următoarea structură : capacitatea de muncă păstrată în proporţie de 39,52% în 1976 ; 40,87% în 1977 ; 41,09% în 1978 şi 40,52% în 1979.

Au lucrat cu program de 4 ore 4,55% în 1976 ; 5,58% în 1977 ; 5,47% în 1978 şi 5,29% în 1979. Cea mai mare participare la incapacitatea parţială de muncă au avut-o bolnavii cu psihoze epileptice a căror proporţie a crescut de la 1,09% în 1976 la 5,27% în 1979, ceea ce atrage atenţia asupra dificultăţilor de inserţie socio-profesională ca şi de tratament a acestei categorii de bolnavi. La fel, un factor de dificultate în activitatea de dispensarizare şi de inserţie socio-profesională apare în cazul personalităţilor dizarmonice la care decompensările alcoolofile îndeosebi au agravat sistemele de echilibru adaptativ şi de inserţie socio-profesională atestat de o creştere a procentului de incapacitate parţială de muncă de la 0,36% în 1976, la 0,96% în 1979.

Pentru psihozele discordante şi afective, valorile incapacităţii parţiale de muncă au rămas relativ constante, la fel ca şi pentru psihozele organice.

In ce priveşte incapacitatea permanentă de muncă, aceasta s-a exprimat prin valori aproximativ egale: 35,15% în 1976, 32,97% în 1977, 33,58% în 1978 şi 34,77% în anul 1979.

Remarcăm faptul că persoanele care nu erau încadrate în activitate au scăzut procentual de la 12,02% în 1976 la 10,19% în 1979.

Acţiunea pozitivă a dispensarizării s-a manifestat, aşa cum era de aşteptat, îndeosebi în ceea ce priveşte scăderea incapacităţii temporare de muncă prin spitalizare şi zile de concediu medical. Astfel, în anul 1976 au fost realizate cîte 47,32 zile spitalizare şi cîte 4,82 zile concediu medical pe bolnav dispensarizat şi pe an iar în 1979 se înregistrează 38,51 zile spitalizare şi respectiv 0,98 zile concediu medical pe fiecare bolnav. Este poate semnificativ să amintim că aceste rezultate s-au realizat paralel cu intensificarea consultaţiilor şi a vizitelor periodice la domiciliul bolnavilor, fapt atestat de creşterea consultaţiilor şi vizitelor de la 451 în 1976 la 980 în 1979. Cel mai mare număr de vizite la domiciliu şi consultaţii au fost acordate bolnavilor de epilepsie ca şi bolnavilor suferind de schizofrenie şi psihoze afective.

Serviciul psihosocial (L.S.M.) a iniţiat o formă particulară de dispensarizare activă a pacienţilor cu risc adaptativ prin crearea la nivelul întreprinderilor industriale din municipiul Iaşi a sectoarelor diferenţiate de ergonomie integratorie, în care sînt cuprinse în prezent un număr de 579 persoane. Graţie acestor activităţi desfăşurate de Serviciul de Sănătate Mintală, incapacitatea permanentă de muncă prin boli psihice a scăzut în municipiul Iaşi şi în judeţ de la 30% în 1969, la 16% din totalul incapacităţii permanente de muncă în anul 1979.

În această perspectivă, dezvoltarea şi perfecţionarea dispensarizării, instituirea metodelor de psihoterapie a familiei şi a microgrupului socio-profesional, ca şi crearea atelierelor de ergoterapie cu regim protejat pentru bolnavii psihici, considerăm a fi obiective şi mijloace de permanentă ameliorare a asistenţei psihiatrice extraspitaliceşti.

DINAMICA MORBIDITĂŢII MENINGO-ENCEFALITEI CRONICE DIFUZE SIFILITICE ÎN MOLDOVA ÎN PERIOADA 1905—1980

P. Brânzei, Olga Moraru, C. Romanescu, C. Postelnicu, P. Boişteanu, P. Codreanu
— Iaşi

Studiul dinamicii P.G.P. în Moldova pe parcursul a 75 de ani (1905—1980) reflectă în mod caracteristic rolul preponderent al factorilor sociali în evoluţia acestei boli.

In acest sens este remarcabil faptul că frecvenţa internărilor pentru prima oară a P.G.P. s-a aflat în continuă creştere în Spitalul „Socola" care asigură îndrumarea metodologică a întregii reţele de psihiatrie din Moldova — începînd din 1905 şi pînă la instaurarea puterii populare în România, în 1947 :

După acest eveniment, care a determinat creşterea continuă a condiţiilor economico-culturale şi pînă în momentul de faţă se înregistrează o scădere evidentă a incidenţei cazurilor noi de P.G.P. Nivelul morbidităţii P.G.P. în Spitalul „Socola" a realizat pe decade următorul aspect :

Tabelul nr. 1

PERIOADA	NR. DE BOLNAVI
1905—1914	326
1915—1924	440
1925—1934	1 249
1935—1944	1 116
1945—1954	714
1955—1959	484
1960—1964	202
1965—1969	126
1970—1974	34
1975—1979	17

Această scădere este cu atît mai remarcabilă dacă se ia în consideraţie faptul că începînd din 1947, nivelul conştiinţei de sănătate a populaţiei, eficienţa reţelei sanitare şi accesibilitatea în spitalul de psihiatrie au crescut în asemenea măsură încît numărul total al internărilor bolnavilor psihici noi internaţi în Spitalul „Socola" însumează în ultimii 15 ani o cifră mai mare decît totalul celor 60 de ani anteriori. Frecvenţa mare a cazurilor de neurosifilis l-a determinat pe Prof. L. Ballif să organizeze, la Spitalul „Socola" în 1933 un centru de studii şi cercetări de malarioterapie, serviciu în care în cei aproape 50 de ani de existenţă, s-a depus o importantă activitate ştiinţifică în domeniul neurosifilisului şi malariei, folosindu-se, între altele observaţiile a peste 12 000 de inoculări terapeutice.

Creşterea maximă de cazuri noi din decada 1929—1939 (65% din totalul internărilor pe spital) se explică prin difuziunea mai mare a contaminărilor sifilitice din primul război mondial, incubaţia medie necesară apariţiei meningo-nevraxitei sifilitice fiind de aproximativ 10—15 ani. Plecînd de la acest considerent obiectiv în ceea ce priveşte incubaţia P.G.P. faţă de difuziunea infecţiei primare, rezultă că această creştere spectaculară a cazurilor noi de P.G.P. ar fi trebuit să se producă şi după al doilea război mondial (1941—1945).

Scăderea frecvenţei cazurilor noi de P.G.P. după al doilea război mondial, în situaţia noastră, se explică prin eficienţa reţelei medico-sanitare care a devenit în mod real profilactico-curativă şi prin creşterea gradului de civilizaţie a populaţiei. În incidenţa scăderii spectaculoase a cazurilor P.G.P. — după anul 1947 — rolul predominant al penicilinoterapiei în profilaxie este relativ, deoarece în SUA unde se aplică în mod intensiv tratamentul cu penicilină nu se remarcă fenomenul de scădere a frecvenţei sifilisului nervos.

Considerăm că preponderenţa factorilor economico-culturali este demonstrativă în dinamica P.G.P. în Moldova, bolile psihice exprimînd în general o concentrare în focar a efectelor negative a factorilor economico-culturali şi de morbiditate generală în evoluţia unei anumite societăţi.

Drept urmare a dezvoltării conştiinţei de sănătate se constată că internările cazurilor noi de P.G.P. se fac tot mai frecvent în stadii incipiente de boală şi uneori în stadiul preclinic depistat prin exporarea lichidului cefalorahidian, astfel încît, rezultatele terapeutice sînt mai bune ca în trecut.

Astfel, în timp ce în 1939 se înregistra un procent de 35% ameliorări, în ultimii ani s-a obţinut remisiunea tulburărilor psihice la peste 80% din bolnavii trataţi.

Mortalitatea a scăzut de asemenea de la 3,6% cît era în 1939 la sub 1% în ultimii ani (1975—1979).

Din studiul categoriilor sociale cărora aparţin bolnavii rezultă că în ultimii 20 de ani dintre bolnavii noi internaţi numai 15,3% au fost intelectuali şi muncitori, restul de 82% fiind ţărani, P.G.P. manifestîndu-se ca o boală cu predominanţă rurală.

După cum a insistat prof. P. Brânzei, în repetate rînduri, în R.S.R. se remarcă în prezent trecerea ponderii morbidităţii psihice de la psihozele grave la îmbolnăviri psihice cu predominanţă funcţională ca nevrozele, narcofiliile etc., aceşti bolnavi solicitînd tratament -n spitalul de psihiatrie, ca o consecinţă a dezvoltării conştiinţei de sănătate.

În prezent se impune cu acuitate adoptarea unei atitudini active a psihiatrilor în colaborare cu medicul de medicină generală în acţiunea de depistare preclinică a neurosifilisului şi asistenţa corespunzătoare a bolnavilor de P.G.P. după ieşirea din spital.

TIMP OPTIM ŞI PERFORMANŢĂ — ELEMENTE DE DIAGNOSTIC DIFERENŢIAL LA BOLNAVII CU SINDROM PSIHOORGANIC

V. Angheluţă, S. Collino, S. Alexandru
— Bucureşti

În studiul prezent ne referim la categoria bolnavilor ce prezintă sindroame psiho-organice, apărute în urma unor traumatisme cranio-cerebrale sau în urma unor procese infecţioase cerebrale.

La aceştia, intensitatea variabilă a simptomatologiei clinice cît şi faptul că nu există un criteriu prognostic precizat în timp, face ca pacientul să fie considerat de grupul social într-o lumină nu întotdeauna corespunzătoare eficienţei sale intelectuale reale. Dificultăţi de diagnostic pot fi întîmpinate la examenul clinic datorită caracterului inconstant al eficienţei psihice în funcţie de fatigabilitate, labilitate emoţională şi grad de receptivitate la terapie. Erori pot fi de asemenea comise în evaluarea performanţelor obţinute la examenul psihologic, datorită unei aprecieri nediferenţiate a performanţei obţinute, fără a ţine seama de raportul între exactitatea demersului investigat şi rapiditatea actului operaţional.

Oprindu-ne în lucrarea de faţă la acest aspect şi întemeindu-ne pe experienţa noastră în ceea ce priveşte extinderea clinico-psihologică a acestei categorii de bolnavi, socotim justificată cerinţa ca în evaluarea performanţelor la probele psihologice demersul analitic să precizeze raportul dialectic între exactitatea actului solicitat şi rapiditatea desfăşurării lui.

Mulţi bolnavi din această categorie obţin performanţe la nivelul indicilor de referinţă la probele cu timp liber şi înregistrează deficite severe la probe de aceeaşi dificultate, cînd timpul este obligat. În acelaşi context, trăirea anxiogenă a obligativităţii de a se încadra într-un anumit timp poate duce la comportamente de „compensare“ în care pacientul poate urmări o falsă performanţă, accentuînd unilateral rapiditatea fără a mai face efortul necesar pentru a descoperi soluţiile exacte. În grupul social, lentoarea activităţii este adeseori interpretată ca deficit global şi subiecţii care ar obţine performanţe corespunzătoare la o activitate adaptată potenţialului lor dinamic sînt subevaluaţi şi trăiesc sentimentul ineficienţei profesionale şi sociale. Reciproc, subiecţii care utilizează strategiile compensatorii în diferite activităţi profesionale ce se pretează la aceasta, sînt consideraţi a nu justifica statutul de suferinzi deşi calitatea muncii lor se bazează ori pe uşurinţa activităţii în raport cu nivelul anterior ori acurateţea în efectuarea sarcinilor lasă de dorit.

Cele de mai sus ne permit să definim conceptul de „timp optim“ al eficienţei cognitive, considerînd a fi timpul în care un subiect cu o simptomatologie de tip psihoorganic, poate rezolva exact o situaţie problematizată propusă la nivelul grupului de referinţă pentru vîrstă şi pregătire şcolară. Acest „timp optim“, reprezintă în fapt capacitatea dinamică a pacientului, manifestată fără constrîngerea unei instrucţiuni prealabile ci la nivelul posibilităţilor lui reale.

Din grupul de bolnavi studiaţi de noi, prezentăm în cele ce urmează cîteva cazuri ilustrative.

Primul caz, U.M. în vîrstă de 20 ani, muncitor, a suferit la 12 ani un traumatism cranian într-un accident de circulaţie şi a prezentat o pierdere de cunoştinţă de 24 ore. După o spitalizare de 21 de zile este externat cu cefalee, irascibilitate, fatigabilitate accentuată. Ulterior, performanţele şcolare şi aşa mediocre, devin deficitare. Se succed trei spitalizări în anul ce urmează traumatismului. Timp de 5 ani nu face nici un tratament și reușește să absolve o școală profesională calificîndu-se sudor. În urmă cu un an față de internarea actuală, simptomatologia reapare, se accentuează progresiv și se amplifică (fatigabilitate intensă cu scădere severă a capacității de muncă, dismnezie marcată, somn agitat, plîns greu coercibil, susceptibilitate accentuată la reacțiile ambianței, integrare dificilă în colectivitate).

Din examenul psihologic consemnăm următoarele aspecte. Proba Rey verbală — performanță inițială cu timp obligat = 0,41 față de 1 la martori. Performanța a V-a cu timp liber = 0,71. La fel, la proba Kim performanța inițială = 0,46 iar performanța finală = 1, pacientul beneficiind în mod evident atît de repetare cît și de posibilitatea de a-și adapta performanța la nivelul timpului său optim. Acest aspect apare și mai clar la probele de operativitate logică. Pacientul realizează corect relația de asemăntare obținînd un indice de 0,88 dar rapiditatea este numai de 0,66. Obține pentru clasificare verbală 0,80 dar cu o rapiditate de 0,31. Realizează actul de asamblaj pentru proba incastrelor cu o exactaite de 0,75 dar cu o rapiditate de 0,33. Iar proba cuburi Kohs cu o exactitate care depășește martorii fiind de 1,11 dar cu o rapiditate de 0,22, astfel că indicele global pentru actul operațional logic prezintă valori de exactitate la nivelul indicilor de control (verbal 0,80 — neverbal 0,93) dar indicii de rapiditate prezintă o scădere severă (verbal 0,31 — neverbal 0,27) care reprezintă în fapt tocmai timpul optim în care pacientul a reușit să rezolve exact sarcina la nivelul indicilor de referință. Această relație se menține și în cazul unei probe cu timp obligat cum este proba de vocabular Rey, cu rezerva că presat de timp, pacientul prezintă valori mai scăzute pentru exactitate și foarte scăzute pentru rapiditate (exactitate = 0,70 — rapiditate = 0,15).

Al doilea caz : C.G. de 31 de ani, a prezentat la sfîrșitul primului an de facultate, după performanțe școlare foarte bune, o stare febrilă prelungită, crize convulsive și hemipareză stîngă. În urma investigațiilor se depistează un abces cerebral. După intervenția chirurgicală, în cadrul sindromului psihoorganic, se mențin crizele convulsive și pacientul prezintă o scădere severă a posibilităților adaptative. În imposibilitate de a-și continua studiile, face după doi ani o școală postliceală de electronică și reușește să se încadreze în muncă. La data internării lucra de cinci ani cu program de patru ore zilnic, fiind pensionat cu gradul III de invaliditate. Internarea s-a făcut pentru precizarea capacității de muncă, întrucît la termenele de revizuire fusese considerat recuperat și se punea problema reluării activității cu program normal de lucru.

La internare bolnavul declară că întîmpină dificultăți la locul de muncă, are permanent impresia că a uitat tot ce știe și nu-și poate folosi capacitatea și cunoștințele în ritmul care i se cere.

Din protocolul examenului psihologic relevăm următoarele aspecte. Deși s-a respectat tehnica anterior amintită, pacientul obține la proba Rey verbal 0,81 la prima prezentare și numai 0,64 la prezentarea a V-a, iar la două ore nu mai reține decît 0,55 din ultima performanță, capacitatea de achiziție blocîndu-se de la a 3-a prezentare. Capacitatea de reproducere a stimulilor spațiali este total blocată iar recunoașterea prezintă o scădere severă. Performanța mnezică se ameliorează numai prin scăderea dificultății stimulilor (proba Kim I = 0, 44 V = 0,78).

Aspecte particulare se notează și la probele de atenție unde pacientul realizează corect probele care-i propun stimuli intenși (luminoși, colorați, diferențiați) dar întîmpină un eșec pentru probele ce induc monotonie (baraj, Poppelreuter) la care participarea proprie este solicitată mai intens (performanțele variază de la 1,26 pentru prima categorie de probe, la 0,63 pentru a doua categorie). Cele mai caracteristice aspecte implicînd atît facilitarea prin timp optim cît și „compensarea" prin accelerare unilaterală, se notează în cadrul actului operațional logic. Astfel se obține o exactitate adecvată cu o rapiditate sever scăzută la probe cum sînt : Analogiile = 0,93 față de 0.49 ; Povestiri absurde = 0,85 față de 0,57 Incastre = 0,85 față de 0,57 ; Kohs = 1 față de 0,49. Reciproc, exactitatea mult scăzută „compensată" printr-o rapiditate crescută, se notează pentru : asemănare = ex. 0,62 — r. 0,86 ; sortare verbal = ex. 0,30 — r. 0,75 ; proba de abstractizare = ex. 0,55 — r. 1,11. Proba de vocabular cu timp obligat, evidențiază o exactitate la nivelul indicilor de referință cu scădere severă a rapidității (1,08 față de 0,43).

Pacientul începe examenul cu sentimente accentuate de subevaluare și se referă frecvent la eficiența sa scăzută. Respectarea timpului optim ameliorează frecvent performanța fără însă a putea elimina dificultățile reale întîmpinate de pacient, care se află adeseori în situația de a adopta o strategie de apărare față de efort prin accelerarea unilaterală a reacției.

Al treilea caz : B. M. în vîrstă de 33 de ani, absolvent de școală profesională, a suferit cu nouă ani în urmă un traumatism cranian sever, fiind lovit de o basculantă. După 21 zile de spitalizare reia imediat activitatea deși mai prezenta cefalee și somnolență diurnă tranzitorie. A lucrat ca mecanic de utilaje în continuare, fără să solicite timp de trei ani vreun consult medical. Ulterior reapare cefaleea, care devine persistentă și de asemenea perioadele de somnolență. La șapte ani de la accident, după schimbarea locului de muncă, prezintă în condiții de suprasolicitare (navetă, program de 10—12 ore pe zi) cefalee intensă, dismnezie, labilitate emoțională (cu reacții variabile, de la impulsivitate și conflictualitate la apatie și plîns incoercibil). Pe acest fond, apariția mai tardivă a unor crize convulsive cu caracter morfeic și a unei accentuate hiperestezii la zgomot a determinat internarea la care ne referim.

Din protocolul examenului psihologic consemnăm : Acordarea timpului liber nu modifică semnificativ indicele performanțial la probele de reproducere mnezică, deoarece performanța se blochează de la a 3-a prezentare. Dimpotrivă, recunoașterea mnezică se plasează atît pentru stimulii verbali cît și pentru cei neverbali la nivelul indicilor de referință, această modalitate operațională obținînd o participare mai activă a subiectului. Ca şi la cazul anterior prezentat, performanţele prosexice se obţin în funcţie de intensitatea stimulilor. Astfel, pacientul obţine valori în jurul indicelui 0,91 la probele pe aparate şi valori în jurul indicelui de 0,60 pentru probele cu stimuli „pasivi". În sfîrşit, sub aspectul eficienţei operaţionale se notează facilitarea prin intervenţia timpului optim în special la probele de asamblaj (incastre = ex. 0,84 — r. 0,44). Şi la acest pacient obligativitatea încadrării în timp determină o scădere severă a rapidităţii (vocabular = ex. 0,84 — r. 0,35).

În lumina celor de mai sus, deficitul psihoorganic se defineşte în primul rînd prin disritmia accentuată a două categorii de indici performanţiali, cei de exactitate şi cei de rapiditate. Cu alte cuvinte, subiectul din această categorie este capabil să înţeleagă o sarcină, să descopere principiul de rezolvare şi să propună o soluţie corectă dacă se respectă particularităţile sale dinamice. Lentoarea activităţii psihice, dificultatea de demaraj, oscilaţiile accentuate în capacitatea de efort intelectual împiedicîndu-l să menţină integral performanţa la un nivel relativ constant. În anumite cazuri subiectul răspunde la solicitările atractivităţii probei „selectînd probele" în raport cu interesul lor, iar în alte cazuri evită efortul, printr-o strategie de accelerare a reacţiei implicată în comportamentul de apărare faţă de efort, la care el se presupune vulnerabil.

Comportamentul operaţional al pacienţilor din această categorie este modificat într-un sens negativ de anumiţi factori care, după opinia noastră sînt constanţi : — Fatigabilitatea intensă cu declanşare rapidă (încă de la primele probe aplicate) şi persistentă, cu posibilitatea de a se amplifica pe parcurs însoţindu-se atunci, relativ frecvent de manifestări vegetative (cefalee, vertij, dureri precordiale, tendinţă la vomismente).

— Trăirea emoţională a situaţiei de examen, care pentru majoritatea subiecţilor acţionează ca un adevărat model al solicitării de performanţă, specifică grupului social şi care determină în fapt sentimentul frustrant al ineficienţei sale (rememorarea eşecurilor suferite anterior, sentimentele de inferioritate, anxietatea în legătură cu consecinţele practice ale examenului şi nu în ultimul rînd acceptarea deficitului ca o motivare a eşecului).

Varibilitatea eficienţei intelectuale a subiecţilor din această categorie, ilustrată prin disritmia accentuată a curbelor de performanţă, sugerează posibilitatea unor inexactităţi de interpretare a capacităţii lor cognitive. Astfel, o eficienţă de moment poate fi urmată de blocaje sau diminuări, infirmînd o concluzie prea optimistă. Invers, scăderea chiar accentuată a unor indici performanţiali poate da impresia unui deficit sever care să nu se obiectiveze constant.

De aceea, în interpretarea performanţelor trebuie ţinut seama de raportul dintre factorul exactitate şi factorul dinamic, pentru a se constata dacă este vorba de un deficit de structură sau de un deficit funcţional.

Abordarea comportamentului performanţial global din perspectiva relaţiei mai sus amintite, poate nuanţa concluzia finală, în sensul diferenţierii a ceea ce poate fi considerat un deficit de structură faţă de un deficit dinamic în ansamblul performanţei, cu consecinţe pozitive atît pentru alcătuirea programului de recuperare în raport cu posibilităţile subiectului cît şi pentru precizarea unei încadrări într-o activitate corespunzătoare etapei.

Setting out from the consideration that an efficient recovery of psychic patients requires first and foremost an appropriate evaluation of their residual psychological potential (with eventual further reevaluations) and that an over or under estimation (clinically or socially) of this potential negatively bears on an efficient therapy, the authors underline that on analysing performances in psychological tests, it is necessary to specify the relation between accuracy and the time needed for performing the respective tests.

In the authors' opinion this inconstancy of psychic efficiency in the patients having psycho-organic, post-traumatic or post-infectious syndromes, is illustrated by accurate performances when time performance is not limited. The authors uphold that when time performance is limited the patients use a „compensatory" behaviour and thus false, unilateral performances are obtained.

Emerging, therefore, is the necessity of using the concept of the patients's „optimum time" of cognitive efficiency, i.e. the time in which a subject displaying psycho-organic symptoms may find solution to a trial when no time limit is imposed. His solution is then compared to the mean value of the performances in the control group (with the same age and education level). This „optimum time" represents the dynamic abilitp of the subject, expressing his real possibilities.

This criterion, implying the relation between performance accuracy and dynamic factor, helps differentiation between an organic injury and a functional disorder. It also helps the therapist in elaborating an appropriate programme for the patient's rehabilitation by taking account of his real possibilities.

To support this opinion, the authors describe three clinical cases and the results of their psychological tests.

RETROSPECTIVA PATO-ISTORICĂ PRIVIND DINAMICA P.M.D. ÎN ULTIMUL SECOL ÎN TERITORIUL MOLDOVEI

C. Romanescu, P. Boişteanu, G. Simovici, P. Codreanu
— *Iaşi*

Incursiunea în domeniul istoriei epidemiologice, atît a bolilor transmisibile cît şi în special a celor netransmisibile, constituie nu numai un act de retrospectivă culturală, ci totodată reprezintă posibilitatea de a compara două clişee ale aceluiaşi subiect observate în etape diferite şi avînd semnificaţia unor repere comparative, utile studiilor de amploare efectuate cu privire la evoluţia unor boli psihice cu extindere largă, sînt în această privinţă cît se poate de concludente, impunînd legea după care exogeniile au o evoluţie influenţabilă de către actualul arsenal terapeutic pe cînd endogeniile oferă date relativ asemănătoare chiar cînd termenii de comparaţie sînt de circa un secol. Astfel neurosifilisul şi pelagra după ce au cunoscut o răspîndire extraordinară pe teritoriul Moldovei au dispărut (pelagra) sau au devenit rarisime (neurosifilisul), ca urmare a ansamblului de măsuri medico-sociale contemporane. Schizofrenia şi psihoza maniaco-depresivă s-au menţinut la cifre aproximativ similare sugerînd prin această stabilitate incapacitatea noastră de a interveni în evoluţia lor ce pare programată. De altfel în ultimii ani prin noianul de lucrări la care asistăm în special prin acele publicate de Eliot Slatter şi colaboratori, caracterul genetic al schizofreniei este aproape indiscutabil ; cît priveşte psihoza maniaco-depresivă astăzi avem la dispoziţie şi o matematică a transmisibilităţii sale. Confruntaţi cu aceste perspective, ni se pare interesant să ne întoarcem privirea către unele aspecte de morbiditate şi de clinică referitoare la aceste endogenii. Ne-am oprit la psihoza maniaco-depresivă, unde dispunem de observaţii, calificate atît sub aspect statistic cît şi sub aspect clinic, observaţii datorate unor iluştri medici psihiatri, printre care menţionăm pe C. Zosin, A. Brăescu şi dr. N. Vlle (Ulea) ca şi de unele studii aparţinînd dr. Lucaşevski.

Să deschidem cronica acelor ani încercînd mai întîi să stabilim ponderea PMD în spitalele de la Neamţ şi Golia ca şi în lăcaşurile mînăstireşti de unde dispunem de numeroase şi temeinice date de arhivă.

Din conspectarea totalului de internări la Ospiciul Neamţu în 1879 constatăm că prezenţa sindromului maniaco-depresiv deşi în epoca respectivă se consemna încă diferit (stare de excitaţiune maniacală, melancolia), este nu numai prezent dar realizează şi o cifră constantă care se menţine în platou în jur de 3—5%. Alţi ani pe care îi conspectăm, comparativ cu datele de la Neamţu şi datele de la mînăstirea Golia, subliniază aceeaşi constantă sub raport statistic. La Văratic şi Agapia, mînăstiri care internau femei bolnave de epilepsie dar şi de alte afecţiuni psihice erau admise numai paciente foarte bine cunoscute şi triate. Deşi spre deosebire de ospiciile organizate de la Neamţu şi Golia în care viaţa medicală se petrecea conform normelor psihiatrice ale timpului, aceste aşezări mînăstireşti constituiau colonii vizitate săptămînal de un doctor. Din peste 1 700 dosare referitoare la aceste clasamente ale bolnavilor cu aceeaşi cifră, invariabil între 3—5% o constituie episoadele maniacale sau depresive, dar de multe ori şi stări circulare cronice.

Un caracter care astăzi pare a fi atenuat, sau care a devenit mai greu de observat îl constituie dependenţa particulară a maniei de perioada cronologică a anului. Mania, era atunci mai mult decît astăzi, o boală de „vară", de perioadă iulie—august. Verile, aşa cum ne-o dovedeşte Buletinul de Medici şi Naturalişti, aveau o medie de temperatură foarte ridicată ; ex. : în 1880 media lunii august, fiind în jurul a 30 grade. Dar nu credem că factorul timp ar fi avut alt rol decît acela de revelator la care trebuie să adăugăm desigur şi posibilitatea existenţei unor episoade maniacale de altă natură (pelagră, psihoză azotemică Marchand).

Cu toată corecţia pe care trebuie să o aplicăm dacă admitem şi aceste posibilităţi media statistică nu scade prea mult şi în orice caz nu-şi pierde caracterul ei de persistenţă statică (4% din internări).

Această constanţă credem că sugerează elocvent caracterul endogen-genetic al puseelor de manie şi melancolie pe care le considerăm astăzi psihoză maniaco-depresivă, boala care este legată deci nu de cronologia ei, ci de substratul ei biologic.

S-a schimbat aspectul maniei şi al melancoliei în timp ? Erau altfel crizele maniacale sau melancolice acum o sută de ani ? Răspunsul este aproape negativ dacă ne referim la simptomele esenţiale. Acest răspuns devine parţial afirmativ dacă ne referim la coloratura sindromului. Răsfoind din foile de observaţie de acum 100 ani, întocmite cu mare acurateţe de doctorii Vlle sau Lukaşevski, ne apar imagini tipice de excitaţii maniacale sau melancolică, dar de un aspect clinic foarte tranşant. De asemeni, mania este „furibundă" iar melancolia este „suicidară". Bolnavii realizează prototipuri de expresie clinică aşa cum le găsim în vechile manuale ale secolului, maniacii cîntă, fac poezii, sînt răguşiţi, lovesc, comit acte de impudoare, vagabondează, beau, sînt aduşi osteniţi şi veseli, pînă la Neamţu unde îi găsim trecuţi la fizioterapie şi duşuri reci, cum îi găsim printre bolnavi pe nefericitul şi marele nostru poet. Melancolicii au o încărcătură afectivă extraordinară şi deseori eşuează în intrepretări mistice delirante în care-şi găsesc alinarea. Psihoterapia religioasă constituie pentru ei o cîrjă utilă. De altfel şi mediul era propice atît la Neamţu, cît şi la Văratic şi Agapia.

Cronicizarea bolii era o regulă. De aceea găsim foi de observaţii care menţionează repetate internări fie cu manie, fie cu melancolie. Cu toate acestea, ideea unicităţii nozologice a suferinţei lipseşte. Mai mult decît un personaj cu o viaţă circulară, bolnavul se degrada, fiind însă degradat şi de mentalitatea publică şi chiar medicală prin imaginea de nebunie incurabilă pe care o prezenta.

Avem şi cîteva date referitoare la tratamentul aplicat într-o casă de sănătate rămasă inedită încă, menţionată doar în 1970 de Romanescu şi Blumenfeld, aşa denumitul Azil de la bariera Salhanalei din municipiul Iaşi. Exista şi în acest azil, acum un secol un număr de 17 bolnavi, majoritatea femei prezentînd o nebunie circulară. Erau cunoscuţi de poliţie ca vagabonzi şi însăşi Căminul era un fel de post de rezolvare a urgenţelor pentru ordinea publică pînă la internarea bolnavilor în căminele de cronici mînăstireşti. Din dosare de poliţie şi din constatări medicale rezultă cît se poate de clar imaginea bolnavului prezentînd psihoză maniaco-depresivă. Iată o anumită Havase de peste 20 ani internată pentru agitaţie, provocare de scandal, acte de ultraj la bunele moravuri, totdeauna era veselă, făcea propuneri erotice tuturor bărbaților, era excesiv fardată. Aceeași bolnavă o regăsim tristă, tot cam de atîtea ori, rătăcind prin frig, consumîndu-și disperarea.

Sugerînd un mecanism genetic și oferindu-ne o imagine de aceeași natură dar ceva mai concentrate ca astăzi se pare că psihoza maniaco-depresivă nu a evoluat nici pe plan statistic, nici pe plan istoric, nici în timp și nici în teritoriul la care ne referim.

ASPECTE CLINICE PARTICULARE ÎN NEUROSIFILISUL CONTEMPORAN

P. Brânzei, C. Romanescu, P. Boișteanu, P. Codreanu,
Olga Morariu, Elisabeta Bernescu, Constanța Moisa,
Fl. Teodorescu
— *Iași*

Ne referim în cele de mai jos la cîteva aspecte clinice și de laborator particulare observate de noi în ultimii 10 ani în domeniul neurosifilisului. Problema sifilisului nervos, care părea rezolvată încă de acum un deceniu constituind de fapt o rezolvare medico-socială pe plan larg, a devenit în realitate o adevărată capcană pentru clinician și o problemă dificilă pentru laborator.

Această situație se reflectă din ce în ce mai mult în literatura contemporană, în special cea anglo-saxonă și franceză care în ultimii ani prezintă din ce în ce mai frecvent aspecte atît de diferite de cele clasice, încît am putea afirma astăzi că atipicul constituie cel mai tipic caracter al neurosifilisului.

Practica generală confirmă acest punct de vedere. Dacă bolnavul de neurosifilis este o raritate, diagnosticarea neurosifilisului este o raritate mai accentuată. Noi am găsit bolnavi de neurosifilis (P.G.P.) internați pentru sindroame delirante și manifestări anti-sociale direct într-un cămin de cronici irecuperabili ca și bolnavi care prezentînd tulburări psihice mai puțin însemnate de tipul regresiunii globale, au fost explorați psihiatric, neurologic și neurochirurgical, sub toate aspectele posibile, inclusiv L.C.R., fără a se efectua însă examenele pentru lues în L.C.R. După o trepanație exploratoare bolnavul este trimis acasă, etichetat ca o atrofie cerebrală, unde se degradează pînă la stări de violență și abia după ce este internat în spitalul nostru se pune diagnosticul, prea tîrziu pentru a mai fi eficient tratamentul Se adaugă deci pe lîngă dificultățile clinice de diagnostic enunțate mai sus și dificultățile generate de mentalitatea cu care privim diagnosticul de sifilis nervos pe care îl considerăm inexistent și-l tratăm ca atare. Beneficiind de o tradiție recunoscută în acest domeniu și de o structură organizatorică afectată problemei sifilisului nervos am avut ocazia să observăm în perioada la care ne referim, cazuri de îmbolnăviri de neurolues, fapt ce ne conduce la încercarea de a face un portret colectiv robot a neurosifilisului contemporan.

Dacă atipia clinică pare să fie cel mai tipic caracter al sifilisului nervos de astăzi, noi credem că ar trebui să precizăm că acest caracter se referă în special la afecțiunile neurologice și la ceea ce se numește sifilis cerebral fără tulburări psihice. Întradevăr practica noastră demonstrează în concordanță cu afirmațiile neurologilor, că atît sifilisul cerebral cît și tabesul, probabil sub influența unor cure variabile și intempestive de penicilină și-au schimbat azi aspectul, au devenit mai discrete, pretîndu-se tot mai mult la diagnostice diferențiale cu aspecte variate ale patologiei medicinei interne.

Referindu-ne la formele psihice ale sifilisului nervos credem că matca clasică a acestora a fost mai puțin modificată și că atipia actuală se referă nu la simptomele esențiale, nucleare ci la expresia clinică, care este astăzi mai ștearsă și mai moderată. Cel dintîi aspect observat în patologia neurosifilisului contemporan, îl constituie debutul discret pseudonevrotiform. În ultimii ani, din 17 cazuri de paralizie generală progresivă (P.G.P.) diagnosticate în clinica noastră, 12 au fost interpretate ca nevroze (neurastenii) în diverse cabinete de consultații pe baza simptomatologiei în care predomină tulburările de somn, acuzele de pierdere a memoriei, ineficiența.

Debutul atenuat al bolii, a fost caracteristic nu numai acestor cazuri cu tulburări nevrotiforme, ci chiar întregului lot, nici unul dintre bolnavi neprezentînd un debut zgomotos. Astfel că evoluția de la început torpidă pare să fie o particularitate a P.G.P. contemporan. În perioada de stare în cazurile noastre a predominat degradarea psihică globală dar moderată, instituită foarte lent, astfel încît de regulă au trebuit să treacă 2—3 ani pînă ce simptomatologia să se definească. Se poate afirma, după observația noastră că, în prezent tabloul clinic al P.G.P. este discret și înșelător pretîndu-se la diagnostic diferențial în special cu manifestări de ASC și cu degenerescențe involutive. Ni se pare caracteristic faptul că delirul atît de frecvent și caracteristic în formele clasice de P.G.P. s-a modificat în mod evident, astfel că din 17 bolnavi diagnosticați nici unul nu prezintă delir de grandoare, de avuție etc. singurele idei delirante întîlnite în practica noastră fiind cele legate de o interpretare suicidă și una cu caracter religios.

Halucinațiile au fost rarisime 2 cazuri discrete, auditive și vizuale pasagere.

Tulburările de memorie în schimb au fost prezente în toate cazurile noastre dar am vrea să insistăm asupra necesității, ca în condițiile actuale în care tabloul clinic este discret, de a le cerceta în laboratorul de psihologie în contextul clinic actual. Am vrea să insistăm asupra a doi factori primul relativ la vîrstă de debut, care spre deosebire de datele clasice se stabilește la 30—35 ani, după 5—6 ani de la șancrul primitiv, șancru în general foarte discret, chiar neștiut. Al doilea aspect ține de evoluția generală a bolii care este și ea mai discretă, necesitînd o perioadă mai îndelungată pînă la degradare.

Tulburările neurologice cu excepția hiperreflectivității osteo-tendinoase sînt și ele mai discrete decît cele descrise în mod clasic.

Ne referim în special la dizartrie, mult mai rară și neobservabilă, ca și la reflexele pupilare care ni se par a fi mai puțin semnificative decît în mod clasic.

Tabloul de laborator în P.G.P. actual este și el modificat. Reacțiile clasice B.W., Meinike, Citochol sînt mai discrete, în special în lichid, o caracteristică a lor fiind inconstanța acestor reacții care variază de la o lună la alta ca intensitate. Valori anticomplimentare sînt mult mai des întîlnite în prezent, impunîndu-se după părerea noastră, necesitatea unor reacții directe atît cantitative cît și calitative în practica generală.

În cazurile noastre reacția citologică a lipsit de foarte multe ori, în schimb albumina s-a dovedit constant la limite între 0,30—0,50 g.‰.

Diagnosticul actual al implicațiilor psihice determinate de neurosifilis este foarte dificil, implicînd o apreciere exactă a sidroamelor de obicei nevrotiforme cu care debutează și o bază de laborator suficient de dotată pentru a putea diagnostica în mod corespunzător serologic și lichidian. Boala apare în special la persoane cu un sifilis ignorat, sau neglijat. de la început discret și realizează un tablou psihic cu evoluție atentă spre degradare globală deseori asemănător, la prima impresie cu stările de surmenaj sau nevroză.

ASPECTE COMPARATIVE PRIVIND EVOLUȚIA CLINICĂ A SCHIZOFRENIEI ÎN PERIOADA 1905—1980

C. Romanescu, P. Boișteanu, Carola Offenberg, P. Codreanu
— *Iași*

Printre primii bolnavi ilustrați în iconografia spitalului „Socola" acum trei sferturi de veac există și cîțiva schizofreni a căror documente medicale — foaie de observație, fotografii, etc, sînt atît de ilustrative încît constituie pentru noi nu numai prilejul întîlnirii cu un eveniment istoric, ci o reală posibilitate de înțelegere complexă a bolii și situarea ei cronologică și socială.

S-a schimbat schizofrenia din 1905 pînă astăzi ? Cum se reflectă ea, dacă s-a schimbat, în arhiva spitalului „Socolaț. Cea dintîi idee pe care ți-o sugerează parcurgerea acestei arhive este una de ordin statistic. Alături de psihoza maniaco-depresivă, schizofrenia, procentual se menține în aceleași limite ca o boală care pare să aibă o predestinare ereditară. Școala contemporană de genetică confirmă aceasta, excluzînd exogeneza din schizofrenie și mergînd cu speranța pînă acolo încît cunoscutul psihiatru și genetician SLATTER poate afirma : „Doresc să se lămurească mai repede cauzele genetice ale schizofreniei pentru a nu mai auzi atîtea inepții cu privire la produsul schizofreniei rezultat dintr-o mamă prea iubitoare și un tată prea autoritar".

Oricît de inconstant și de indirect ar fi argumentul istoric schizofrenia se menține în aceleași limite în 1905 și în 1980 în același spital, deși condițiile sociale s-au schimbat cu desăvîrșire, acest argument nu poate fi ignorat.

Tabloul clinic al schizofreniei nu s-a modificat nici el, decît în aspectele sale nesemnificative. Marii schizofreni, personalitățile acestui spital și care ar trebui să figureze într-o galerie de cinste a acestui spital, s-au perindat și au manifestat tablouri foarte asemănătoare în etape istorice diferite. În 1905 un bolnav, RIMER executa cercuri concentrice sub influența cine știe căror idei delirante parcurse în sens complicat și diferit pînă ajunge la cupeul domniei sale dl. Director al spitalului pe care îl urmează apoi toată ziua. În aceeași grădină un alt bolnav, contemporan de-al nostru își aranjează plimbarea în cercuri de același fel. Delirul ca structură s-a modificat. Dacă foile de acum 75 de ani atestă o majoritate absolută de deliruri mistice, de posesiuni diabolice, reflexe ale unei ambianțe medievale tîrzii, în prezent cum știe toată lumea delirurile de posesiune sau inducție se îmbină cu elemente tehnice acordate mentalității contemporane.

Halucinațiile, retragerea în propria sa persoană, derealizarea, hebefrenia păreau mai accentuate în aceste foi în epoca în care generațiile primilor medici ai Spitalului „Socola" nu dispuneau de terapia de astăzi. Deși evoluția limbajului psihiatric, și a concepțiilor nozografice s-a schimbat, deși „demența precoce" a devenit schizofrenie contemporană, formule clinice tranșante de odinioară seamănă foarte bine cu cele de astăzi, asemănarea mergînd pînă la identitate. Menționăm însă existența unor forme grave, astăzi mai puțin întîlnite, în special catatonii cu refuz alimentar.

Ca și în cazul psihozei maniaco-depresive, ca și în cazul sindromului de neurastenia vera pe care îl întîlnim menționat ca atare în mai multe documente, schizofrenia pare a-și fi păstrat identitea în aceleași limite supuse rigorii ereditare abia influențată de circumstanțele exterioare.

SCHIZOFRENIA—DOMENIU DE CONTROVERSE ȘI CERTITUDINI

Aurelia Sîrbu
— Cluj-Napoca

Locul prioritar ocupat astăzi de schizofrenie este pe deplin justificat, știut fiind că această psihoză reprezintă convergența tuturor concepțiilor care au pretenția de a elucida într-un fel sau altul complicatul mecanism etiopatogenetic care stă la baza acestei psihoze.

Apartenența la o concepție idealistă își mai găsește aici un loc, atîta timp cît încă posibilitatea de elucidare a psihopatologiei și de corelare a rezultatelor experiment-clinică sînt încă fragile și permit cel puțin teoretic discuția în contradictoriu, știut fiind că în multe capitole ale psihiatriei, materialitatea este evident demonstrată (oligofrenie, demențe, psihoze traumatice, epilepsie, farmacodependențe. etc.).

De altfel argumente „proaspete“ și cu greutate de revoluție pe care psihotropele le-au adus cu ele în răsturnarea ipotezelor idealiste, și-au dovedit pe deplin eficiența în schizofrenie. Astăzi, schizofrenia este un domeniu de competiție pentru psihiatrii care știu să aplice cu mare acuratețe programe terapeutice adecvate, individualizate și corectabile după stadiul, forma și caracterul psihozei discordante. De aceea criteriile O.M.S. de precizare diagnostică pe de o parte și însușirea unei scheme terapeutice flexibile cu modulații periodice pe de altă parte, asigură recuperabilitatea bolnavului schizofren.

The prioritary place occupied today by schizophrenia is quite justified, because this psychosis reprezents the crossing point of all the theories who have the pretension to clear up in one way or other the intricate etiopathogenetic mechanism who lied out the basis of this psychosis.

The affiliation to an idealist theory find here a place so long as the posibility of clearing up the psychopathology and corelating the findings experiment-clinic are still tender and permit at least theoreticaly the contradictory debate, known being that in many psychiatry's chapter, the materiality is clearly proved (debility, madness, epilepsy, etc.).

Also „fresh“ and important arguments were brought by the neuroleptical revolution which upset the idealistic hypothesis proved there efficiency in the treatment of schizophrenia. Today schizophrenia is the derby level for psychiatrists who knows to manipulate accurately individualisated therapeutical program according to the clinical phase, form and character the discordant psphosis. That's why the using of W.H.O. criteria of diagnostic and a proper therapeutical program with flexible modulation will ashure a better recuperability of the schizophrenic patients.

DESCENDENȚA SCHIZOFRENULUI (STUDIU PSIHO-SOCIAL)

C. Romanescu, M. Covic, Fl. Teodorescu, G. Simovici, P. Boișteanu, Olga Moisa, P. Codreanu
— Iași

Scăderea fertilității pînă la infertilitate este deseori constatată la bolnavii de schizofrenie. Incapacitatea de conviețuire familială, dezinteresul afectiv, perturbările instinctuale au fost luate în considerație ca factori implicați în acest fenomen, neexcluzîndu-se totuși deficite biologice direct legate de tractul sexual, în special de substratul său enzimatic.

Indiferent de ipotezele luate în considerație, realitatea constată o descendență redusă la schizofreni. Studiile efectuate în grupele acestor descendenți sînt de aceea excepționale, iar numărul subiecților studiați este infim.

Trebuie adăugat desigur colectivul legat de calitatea diagnosticului, afirmațiile de mai sus fiind direct legate de schizofrenia ca boală în sine, sub aspectul său de psihoză conturată, ducînd la personalitatea schizofrenică, adîncită în universul schizofrenic și excluzîndu-se ab initio formele intermediare de schizotimii și schizoidii care sînt apte de o descendență obișnuită.

Se poate afirma fără exagerare că boala nu se transmite prin schizofreni, ci prin schizotimiile (schizoidiile) care sînt, probabil elementele portante.

În studiul nostru am putut include un număr de 18 descendenți (10 bărbați, 8 femei), provenind din părinți bolnavi de schizofrenie cronică (9 bărbați, 9 femei) indivizi aflați actualmente în vîrste cuprinse între 16 și 37 de ani.

Majoritatea acestor descendenți (14) s-au dezvoltat în afara cuplului inițial, numai patru continuînd a evolua în familie, din care 2 au evoluat fiecare în cadrul a cîte o familie compusă din ambii părinți suferinzi de schizofrenie.

Din totalul de 18 descendenți studiați, 10 persoane s-au dezvoltat în limitele normalului : 6 din ei sînt elevi ; unul este absolvent al facultății de matematică ; doi actualmente ucenici ; unul student cu școlaritate submediocră.

Restul de 8 descendenți se includ în diferite sfere de nosologie psihiatrică, după cum urmează : — 3 personalități dizarmonice cu frecvente decompensări subpsihotice atipice și acte cu caracter delictual ; — 2 bolnavi de schizofrenie paranoidă, ambii provenind din familii cu ambii părinți schizofreni, ambii băieți, cu debutul bolii în adolescență, cu evoluții ireversibile către cronicizare ; — 2 oligofreni (gr. I—II) cu incapacitate de autoconducție socială ; — o descendentă (mamă schizofrenă) de 26 ani, muncitoare, cu o structură intelectuală superioară, prezentînd manifestări de psihoză maniaco-depresivă, (3 stări maniacale, 2 stări melancolice anxioase cu tendințe de suicid).

Arborele genealogic al celor 18 persoane studiate este în genere încărcat, fără a putea fi examinat în extenso.

Investigațiile noastre, deși pe un lot modest, de 18 descendenți, evidențiază totuși, o morbiditate de 48% alterări psihice printre descendenții bolnavilor de schizofrenie ca și variabilitatea expresiilor clinice sub care se manifestă aceste alterări.

În încercarea de a explica, în limita cunoștințelor actuale, mecanismul transmisibilității acestor tare, nu dispunem încă de nici o certitudine.

Este genitorul schizofren un finis seriae? Pentru un procent situat la ceva sub jumătate, se pare că răspunsul este pozitiv.

Descendenții aparent normali urmează desigur a fi confruntați cu una sau două generații succesive și interpretați plurifactorial. Răspunsul în faza actuală pare a-l deține biochimia schizofreniei, responsabilă de pana genetică, deși cercetările sînt departe de a putea oferi certitudini. Un argument semnificativ îl constituie pana metabolică în lanțul homeostazic al tirozinei: D.M.P.E.A. (dimetoxifenil-etil-alanina) produs intermediar specific schizofreniei, are o formulă cvasi identică cu mescalina, ea însăși producînd experimental, episoade schizofrenice, în cazul inoculării substanței la persoane normale (Friedhof).

Sprince și alții demonstrează anomalii în metabolismul serotoninei la schizofreni (la 63% din bolnavi este prezentă o astfel de perturbare). K. Smith izolează, în sudoarea schizofrenilor, acidul trans 3 metil 2 hexoic.

Arborele genetic, studiat în izolate etnice, pune în evidență și el unele perturbări genetice de releu. De reținut că schizofrenia nu este cunoscută la populațiile primitive. Boala, pe de altă parte, este foarte gravă la japonezi și extrem de frecventă la indieni.

Se consideră, la ora actuală, ca fiind certă următoarea triadă: 1. Riscul morbid este mai puțin crescut pentru fetele rezultate din cupluri în care un părinte este bolnav; 2. Riscul morbid este mai redus pentru fratele unei femei bolnave; dar fratele și sora unui bărbat bolnav au aceleași șanse de a se îmbolnăvi; 3. Riscul morbid este mai crescut pentru mamele bărbaților bolnavi; el este mai redus pentru mamele fetelor bolnave.

Aceste date, în general unanim recunoscute în prezent, indică faptul că boala ar poseda o genă situată pe cromozomul X.

Exprimîndu-ne sintetic, știm astăzi că un bărbat poate primi boala numai de la mamă; o fată poate primi boala de la ambii părinți.

Ca o certitudine rămîne însă perspectiva sumbră care, așa cum rezultă și din investigațiile noastre, afectează aproape o jumătate din descendenții schizofrenului.

FAMILIA SCHIZOFRENULUI. STUDIU CLINICO-GENEALOGIC

C. Romanescu, Fl. Teodorescu, M. Covic, P. Boișteanu,
P. Codreanu, Jeni Stanciu
— *Iași*

Două modalități de interpretare a procesului schizofrenizant au o circulație largă în psihiatria contemporană, una, caracteristică în special orientărilor analiste, considerînd schizofrenia ca un proces psihic determinat de un anume raport al vieții de familie, celălalt străduindu-se să integreze schizofrenia în cîmpul etiologic al geneticii.

Deși, în prezent, disputa se continuă, numeroși psihiatri consideră că un copil indemn se va schizofreniza prin raportul: hiperprotecție ostentativă maternală, hiperautoritate, hipoafectivă paternală. Oricît de mult s-au împinge interpretările genetice, considerînd chiar că, în cazul menționat, este vorba nu de un efect psihic secundar, ci de o întîlnire între două structuri parentale genetic constituite, mulți partizani ai teoriei psihogenetice a schizofreniei constată că, într-adevăr, în familia schizofrenului, în copilăria sa, (sau, în lipsa familiei, în familia adoptivă sau în mediul ambiant) există în majoritatea cazurilor un raport afectiv particular, un mediu morbid.

In favoarea unor factori ereditari pledează argumente genetice, care par a se multiplica într-un ritm alert. Un număr mare de cercetători, în ultimile două decenii admit că, în cazul schizofreniilor indubitabile, cel puțin, jumătate din ascendenți și colaterali sînt schizoizi sau schizotimi. Anthony, Dean, Heslau, Friedhof, Slater și alții au emis teoria conform căreia o anumită genă, dominantă, ar fi răspunzătoare de apariția schizofreniei. Cercetările întreprinse pînă în prezent sugerează faptul că, în cazurile clasice (excluzînd, deci, aspectele clinice ambigui) implicațiile genetice constituie o certitudine, conturînd chiar posibilitatea unor ipoteze logice în transmiterea bolii. Astfel, Heston, recunoscînd un proces de genă dominantă, afirmă că schizofrenia implică o familie schizoidă (sau schizotimă) prin cel puțin 1/2 a membrilor ei, destinul genetic al copiilor fiind determinat către schizofrenie la 1/5 din aceștia, (la ceilalți 4/5 fiind necesare condiții exterioare).

Slater, care a consacrat o operă vastă schizofreniei, recunoaște și el că boala este determinată de o genă recesivă de 4 ori din 5 manifestată ca homozigot și 1 din 5 ca heterozigot. Interpretînd fenomenul în expresie matematică Slater susține existența unui indice probabil de schizofrenizare al unui grup dat, în condiții date.

Mai aproape de o accepțiune practică pare să fi grupul partizanilor ipotezei poligenice. Karlsson, de exemplu recunoaşte două gene responsabile în schizofrenie, una S dominantă, alta s recesivă. În combinaţie cu alta, denumită P. se constituie structurile schizoide, schizofrenia propriu-zisă fiind, după Karlsson, combinaţia S s p.

Deşi, în etapa actuală, nu dispunem de date de certitudine în privinţa mecanismului de transmitere al schizofreniei, dispunem, totuşi, de certitudinea existenţei unui astfel de proces de transmisibilitate.

Date mai recente sprijină supoziţia. Astfel, Halmann demonstrează că 91% din gemenii MZ sînt schizofreni (în familii date) şi că 89% din gemenii MZ crescuţi izolat fac totuşi schizofrenia predestinată genetic.

In ansamblu, ambele teorii de circulaţie referitoare la geneza schizofreniei, atît acea psihologică, cît şi acea genetică, îşi sprijină datele pe studiul familiei bolnavului.

Pe aceste considerente, care atestă că repliarea ipotezelor pare a rezida în studiul familiei balnavului, am întreprins o analiză a unui număr de 20 familii aparţinătoare a 20 bolnavi în stadii de îmbolnăvire recentă, tineri între 16 şi 26 ani, 8 femei şi 12 bărbaţi, aflaţi ca profesie, în diferite şcoli (14) sau în institute de învăţămînt superior (6).

Studiul nontru s-a bazat pe: analiza condiţiilor ambiante psihologice a familiei; a arborelui genealogic (anamneză, descrieri, fotografii), schiţa comparativă a comportamentului bolnavului în familie şi în viaţa socială (şcolară).

Pentru a facilita investigaţiile noastre am respectat două criterii: a) certitudinea diagnostică (schizofrenie tipică) şi b) teritorializarea familiei (toate din municipiul Iaşi).

Ca formă clinică bolnavii au prezentat: 10 bolnavi schizofrenie hebefreno-catatonică, 6 bolnavi schizofrenie halucinator paranoidă, 4 bolnavi schizofrenie formă delirantă.

Componenţa (ambianţa) psihologică a familiei, investigată repetat, prin conversaţii şi chestionare, cît şi prin vizite la domiciliu (un număr de 6 familii fiind foarte bine cunoscute de unii din noi de mai mult timp) a evidenţiat un caracter particular al structurii vieţii de familie, specificat printr-o ipostază deseori întîlnită la tata care, în 14 cazuri a manifestat o atitudine pe care noi am denumit-o inabilitate afectivă. Fără a se contura un anume proces morbid, aceşti părinţi se dovedesc mai stîngaci în relaţiile cu copiii (indiferent de sex) reprimîndu-şi, printr-o inhibiţie exterioară, manifestările afective directe. Am schiţat un portret robot al acestui gen paternal pe care îl caracterizăm astfel: reţinut şi neexuberant, interesat dar nemanifestîndu-şi interesul faţă de viaţa intimă a copilului lor, lăsîndu-l aparent exterior afecţiunii sale, inabil în stabilirea unor relaţii amicale fireşti, reprimîndu-şi manifestările exterioare (sărutul, tandreţea) şi situat, în consecinţă, în optica propriului copil, în afara intimităţii sale afective.

Fără a se putea defini ca un prototip de personalitate schizoidă sau schizotimă, aceste persoane, tatăl, nu constituie, în cel puţin 14 din familiile studiate, o persoană capabilă să constituie un cuplu sinton cu copiii, mărginindu-se, deseori, în a oferi lecţii, cu caracter studios, în probleme (de exemplu în probleme de sexologie) în care s-ar fi implicat nu o atitudine verbală, ci una directă, firească, de cooperare afectivă spontană.

Cît priveşte mama, am observat că, în cazurile noastre, aceasta a preluat forţuit atribuţii care, nefiind hiperprotective, au devenit ceva mai directe în raporturi de intimitate. Astfel, mama, în raport cu băieţii bolnavi, şi-a atribuit deseori (în 11 cazuri) rolul de sfătuitor sexual, de mentor intim al băiatului, suplinind inabilitatea pedagogică a tatălui.

Constituite în aparenţă normal, familiile studiate ne-au oferit, ca aspect de fond, o denaturare psihologică a imaginii tatălui, polarizînd afectivitatea către mamă, tatăl fiind situat, ca imago, în afara nucleului familiei.

Arborele genealogic, studiat la 2 şi 3 generaţii a evidenţiat în jumătate din familii (10) existenţa unor schizofrenii (7 bolnavi, 3 femei, 4 bărbaţi) şi a unui număr neprecizat de personalităţi cu aspect clar discordant repartizate aproape egal în familia mamei şi a tatălui.

S-a putut constata o anume tipologie comună la 12 familii, predominînd personalităţi antropologice astenice (Kretschmer), legate de aspectele schizotimice menţionate.

In 17 familii, concomitent, la 2—3 generaţii anterioare s-au conturat personalităţi dizarmonice caracterial (excese etilice, originalităţi excesive, comportamente cu potenţial izolat) fără a se putea stabili corelaţii directe, în raport cu strctura predominent schizotimică a altor membri ai familiei.

Acest indice, denumit de noi „coeficient de perturbare psihologică nespecifică" a realizat un procent de 16% din totalul persoanelor figurînd în investigaţiile noastre.

Ni se par interesante rezultatele obţinute prin compararea comportamentului familiei-şcoală.

Un număr de 14 bolnavi, cu comportament inhibat, autist (solipsist, în mediul familial), începînd din primii ani ai adolescenţei, au prezentat, în mediul şcolar, atitudini normale, chiar expansive, lăsînd impresia că, scăpat de structura organizatorică a familiei, copilul îşi cheltuieşte un potenţial afectiv reprimat, atitudine care, în unele cazuri a luat chiar forme excesive, de la vagabondaj la delicte minore.

În paralel ne-a preocupat momentul schizofrenizării. Nu am putut găsi factorii declanşatori, dar, cu particulară insistenţă au apărut reacţii de oboseală, mai ales de epuizare şcolară, convertite în abulie şi negativism pasiv sau activ.

Integrînd observaţiile noastre în contextul teoriilor etiologice privind structurarea personalităţii schizofrenului, nu putem decela cu suficientă precizie mecanismul unei eventuale transmisibilităţi, dar am putea stabili că, la nivelul cunoştinţelor actuale, structura rigidă, cu relaţii afective, falsificate, joacă un rol în geneza bolii, în condiţiile preexistenţei unor prototipuri antropologice capabile de decompensări.

Arborele genealogic sensibil încărcat, ca şi supraefortul la care sînt supuşi adolescenţii pot constitui, după opinia noastră schema unei posibile corelaţii în determinismul etiologic al bolii.

ASUPRA UNUI CAZ DE EPILEPSIE PE FOND DE LUPUS ERITEMATOS DISEMINAT

M. Șelaru, Virginia Barcov, I. Ștefan, P. Boișteanu
— *Iași*

Lupusul eritematos diseminat este o boală de sistem care cointeresează în procesul patologic întregul organism, exprimîndu-se clinic printr-o simptomatologie polimorfă viscero-humorală și neuro-psiho-endocrină, în raport de evoluție și de implicarea în procesul morbid a diferitelor aparate și sisteme. Manifestările neuro-psihice nu constituie o expresie particulară ci una destul de frecventă.

Cazul pe care-l prezentăm ni s-a părut important nu atît din punctul de vedere al manifestărilor paroxistice ca atare, ci îndeosebi prin particularitățile clinice ale formei de manifestare a simptomatologiei epileptice.

Bolnava Z. E., în vîrstă de 42 ani, din Iași, se internează prin transfer de la Clinica IV Medicală, pe 2 noiembrie 1976, pentru dureri în articulațiile membrelor, mialgii, erupție eritematoasă a feței, adinamie, hemipareză dreaptă cu tulburări de sensibilitate interesînd hemicorpul drept și hemifaciesul stîng, tulburări discrete de echilibru, amețeli, discretă tumefiere a genunchiului stîng și a articulațiilor metacarpiene.

Antecendentele eredocolaterale — tata prezintă hipertensiune arterială, în rest nu se constată incidențe semnificative. Antecendentele personale : varicelă, rujeolă, apendicectomie, reumatism poliarticular cronic din 1970.

Nu se constată alte date patologice semnificative. Antecedentele fiziologice relevă instalarea menarhei la 14 ani, ciclurile regulate, fiziologice ca flux și durată ; o sarcină dusă la termen și naște prin cezariană. Condițiile de viață și de muncă bune.

Boala a debutat în urmă cu un an cînd bolnava se internează în clinica IV Medicală Iași, pentru cefalee, dureri articulare (pumn, metacarpiene, cot, genunchi), cu tumefiere și impotență funcțională bilaterală, erupții maculo-eritematoase, inelare pe tegumentele feței, gîtului, brațe și pe fața anterioară a toracelui. Se suspicionează o alergie medicamentoasă, care se stinge la tratamentul cu cortizon, vitamina C, indocid, dar reapare la întreruperea tratamentului. Se cercetează și se pun în evidență în sînge celulele lupice care dispar după tratamentul cu prednison. La externare (9.X.1975) se recomandă tratamentul cu prednison. Se elaborează diagnosticul de L.E.D. Se reinternează tot în Clinica IV Medicală între 2—6 iunie 1976, prezentînd la internare placarde eritematoase în regiunea gîtului, dureri articulare, astenie. Examenul pentru celule lupice negativ.

La două luni de la externare (august 1976) apar tulburări de echilibru cu hipoestezie cutanată și scăderea forței musculare în hemicorpul drept și hipoestezie cutanată în hemifaciesul stîng. La examenul clinic se remarcă eritroză facială, nedelimitată, cu microdilatări venoase, pete eritematoase în regiunea gîtului și pete pigmentare pe brațe și antebrațe, ușoară tumefiere a articulației genunchiului drept și a articulațiilor metacarpiene, cu impotență funcțională moderată. Mucoasele normal colorate. Țesutul celular subcutanat normal reprezentat, sistemul ganglionar limfatic nemodificat la examenul clinic. Toracele normal conformat vibrațiile vocale transmise uniform pe ambele arii pulmonare, sonoritate pulmonară normală, murmurul vezicular fiziologic. Cord : subiectiv — dureri precordiale mai mult sub formă de jenă precordială, zgomotele cardiace clare, ritmice, bine bătute, fără sufluri supraadăugate. TA în chinostatism 110/70 mm Hg, puls 72/minut. Digestiv nu se constată modificări la examenul clinic obiectiv. Renal : lojele libere nedureroase.

Examenul neurologic : ortostațiunea posibilă, baza de susținere normală, Romberg pozitiv. Forța segmentară scăzută mai evident la membrul superior drept și mai puțin la membrul inferior drept. Amplitudinea flexiei dorsale plantare limitată la membrul superior drept. Nu se remarcă atrofii musculare și nici fibrilații. Reflexele patelare, achiliene și medio-plantare abolite pe dreapta. Dureri la compresiunea maselor musculare la membrul inferior și superior drept. Hipoestezie cutanată în hemicorpul drept și în hemifaciesul stîng. Nervii cranieni normali. Reflexele cutanato-abdominale discret diminuate pe dreapta. Reflexul Babinski schițat pe dreapta.

Examenele de laborator : VSH = 15/30 mm. Hemograma 4.200 000 leucocite = 4 200/3 mm ; neutrofile segmentate = 62‰ ; limfocite = 32%, monocite = 2%, eozinofile = 4%, celule lupice prezente la prima internare. Proteine totale 71 g‰ ; fibrinogen = 4,85 g ‰ ; tymol = 9 u ; Gross = 0,80/1,60 ; reacția Kunkel-fenol = 48 ; TGO = 32 ; glicemia = 0,90 g ‰ ; uree = = 0,30 g ‰ ; acid uric = 0,050 g ‰ ; protamin test = negativ ; etanol test = negativ. Examenul de urină : proteine = absent ; glucoză = absent ; sediment = frecvent leucocite și rare epitelii plate.

Examenul oftalmologic : fără modificări patologice.

Nu prezintă ascensiuni febrile.

Examenul neurologic și de specialitate : relevă o ușoară hemipareză dreaptă, cu tulburări de sensibilitate descrise mai sus, simptomatologie încadrată în *sindromul alterri protuberanțial pe fond vascular în cadrul lupusului eritematos diseminat.*

Examenul psihiatric.

Dispoziția pacientei este neplăcută, preocupată pentru starea sănătății sale. Somnul se induce cu dificultate, doarme aproximativ 2—3 ore, uneori mai mult, alteori stă în pat dar nu doarme. După 2—3 ore de somn se simte odihnită. În 24 de ore reușește în general să doarmă 4—5 ore. Ia diazepam însă nu-l suportă ; se scoală nervoasă, agitată. După orele 1,14 nu mai doarme pînă la orele 4—5 dimineața, cînd mai ațipește o oră.

De multe ore visează că are mîinile mai lungi și parcă ar ține ceva ,fantastic de mare în mînă. Se visează că este „foarte, foarte lungă și situată foarte, foarte sus". Mă trezesc cu o frică de parcă m-aș teme de ceva, parcă aș fi pățit ceva". Prezintă transpirații nocturne puternice, mai ales de cînd primește cortizon (60 mg 12 tb. x 5 mg). Tulburările de schemă corporală din vis au apărut înainte de a lua cortizon. Lucra foarte mult la cooperativă, 8 ore peste program.

În timpul zilei, înainte de a descoperi boala, avea de asemenea impresia că mîinile sînt mari, iar gherghelul la care lucra, de asemenea foarte mare, în timp ce maşina de cusut i se părea mică. La fel, ceea ce avea în mînă, i se părea mare şi aceasta la ambele mîini. „Aveam impresia că pe ce căutam să pun mîna, erau foarte voluminoase". Aceste senzaţii durau cîteva minute. La început era neliniştită: „Căutam să-mi imaginez altceva care să mă sustragă de la această imaginaţie". În aceeaşi perioadă a început să viseze că este foarte înaltă şi „dacă visam că eram pe stradă, tramvaiele erau micuţe de tot".

După tratamentul cu cortizon, au început să dispară aceste fenomene, apăreau mai rar atît în starea vigilă, cît şi în vis. Colegele de serviciu le vedea îndepărtate de ea şi mai voluminoase, mai mari decît în realitate. „Aveam impresia că uşa este foarte departe încît nu mai ajung la ea". Pacienta se lovea de pereţi, în special cu partea dreaptă, cu mîna şi piciorul drept. La serviciu, începînd cu luna iunie, a observat fenomene paretice, care apoi s-au accentuat şi au început să o tulbure, s-o încurce la pedalat la maşina de cusut, se împiedica în mers, scăpăta genunchii.

Înainte de a lua cortizon, avea fenomene diplazice. „Aveam impresia că în salon în loc de o persoană erau două".

Are senzaţi hiperpatice — de arsuri în hemifaciesul sting, membrul superior drept, inferior drept, în special la genunchi şi laba piciorului: „parcă m-ar frige o fierbinţeală care şi ustură în acelaşi timp".

„În luna iunie 1976, aveam impresia că mă strigă o voce de bărbat. Eram trează, voiam să mă dau jos din pat, nu puteam deşi eram trează". În acelaşi timp, lumina de pe hol (era seară, 23,10) părea foarte mare şi strălucitoare, de acolo i se părea că aude vocea de bărbat (era linişte atunci). „Pe moment mi-am zis că visez şi apoi m-am controlat să văd dacă visez sau nu, m-am dezvelit şi m-am dat jos din pat. Mi se părea că pe holul de la baie este un miros de substanţe toxice care se dau pentru gîndaci, era un miros ascuţit, ca de DTT. De multe ori întrebam pe soţul meu de acest lucru, dacă n-a adus vreo substanţă oarecare. Dădeam vina pe cei de sus, din apartamentele de deasupra şi că ar răzbate şi la noi aceste mirosuri".

Pacienta a suferit aceste fenomene în luna iunie.

Pacienta a prezentat fenomene de automatism ambulator. Nu şi-a dat seama că merge pe jos din centrul oraşului pînă în cartierul Alexandru cel Bun. A prezentat de asemenea fenomene de *memorie panoramică*, în sensul că se simţea ca în copilărie, pe lîngă casa părintească, vedea fraţii mai mici. „era totul de parcă ar fi fost atuncea, normal, aşa ca atunci cînd eram acasă. Era ca atunci cînd eram cu toţii acasă, vedeam lucrurile aşa cum le ştiam eu din copilărie".

Pacienta, de multe ori, are impresia că uită, rătăceşte lucrurile, „alteori îmi aduc aminte, în alte dăţi nu-mi mai aduc aminte de nimic".

„Stăteam aşa ziua lucrînd ceva şi brusc venea o frică de parcă mi s-ar fi întîmplat ceva grav"; fenomenele au apărut în ultimul timp; înainte nu avea aceste trăiri. „Stările de frică veneau brusc şi se sfîrşeau brusc şi aveam imprenia că parcă m-aş prăbuşi şi atunci mă retrăgeam, voiam să fug ca de ceva foarte periculos de parcă dacă stăteam în locul acela mi se va întîmpla ceva grav. În ultimul timp aceste stări sînt foarte dese — se repetă chiar şi la două săptămîni. În ziua în care m-am internat am avut o asemenea stare, am început să plîng. Am observat în ultimile luni că mă impresionează orice şi atunci încep să plîng. Deşi uneori simţeam că vreau să plîng, totuşi *începeam să rîd* fără să vreau şi aceasta s-a întîmplat de vreo două ori, în august ultima dată. Am foarte des ameţeli. Dacă întorc capul repede ameţesc şi atunci văd puncte albe sau negre sau ca nişte vermişori".

Pacienta prezintă, de asemenea, tulburări vegetative manifestate sub forme de palpitaţii, dispnee, *transpiraţii în hemicorpul drept*. „Transpiraţiile din jumătatea dreaptă a corpului au survenit în luna mai-iunie şi se întîmplă de mai multe ori pe zi; şi transpiraţia este foarte abundentă. În general, am observat că partea dreaptă este mai colorată. De atunci îmi simt partea dreaptă a corpului mai grea".

Nu suportă zgomotele, tresare foarte uşor, ameţeşte şi are stări de spaimă ce survin brusc.

Vocea se stinge pe măsură ce vorbeşte şi apoi iarăşi revine. „Alteori vreau să vorbesc şi parcă mă înnec brusc şi atunci mă opresc". Alteori i se întîmplă să aibă fenomene de afazie senzorială: „să mă strige şi eu ziceam că sînt cu gîndul în altă parte". Este deranjată de frică, emoţii. nervozitate, frică, plîns fără motiv, „nu văd motivul şi asta mă deranjează mai mult ca orice şi nu pot înţelege de ce rîd uneori aşa fără motiv".

DISCUŢII

Simptomatologia viscero-umorală şi neuropsihică a LED este complexă, avînd în vedere atingerea generală a organismului ca urmare a leziunilor colagenice.

G. H. Fallet şi colab., pe baza a 7 cazuri personale coroborate cu datele din literatură, semnalează erupţia cutanată în 70—80%, febră 97%, alterarea stării generale 82%, manifestări poliarticulare 90%, leucopenie 88%, anemie 77%, hematurie ocultă persistentă 56%, epanşamente seroase pleurale 60%, hepatomegalie 34%, adenopatii 42%, splenomegalie 8,1%, leziuni hemoragice ale mucoaselor 11%, trombocitopenie 9,7%, false reacţii pozitive pentru lues 32%, creşterea gamaglobulinelor 86%. Debutul bolii poate surveni acut, după o expunere la soare însoţită de astenie, anxietate, confuzie, convulsii în 30% din cazuri.

G. D. Copeland şi colab., raportînd un număr de 42 cazuri de LED, constată că debutul a fost marcat de artralgii 32%, erupţie cutanată 30%, febră 11%, astenie 6%, tulburări gastro-intestinale 6%, tulburări neurologice 4%, purpură 2%, scădere ponderală 2%. În perioada de stare, autorii au constatat: febră 100%, scădere ponderală 85%, tulburări articulare 87% (artralgii 28%; artrite 59%, deformări articulare 15%); erupţii cutanate 87% (în fluture 62%, hiperpigmentare 50%; fotosensibilitate 19%); pleurezie uscată

49%; pleurezie lichidiană 30%; pericardită 23%; adenopatie generalizată 68%; localizată 13%; hepatomegalie 43%; splenomegalie 19%; ascită 19%; pneumonie 51%; *leziuni retiniene* 45%; leziuni cardiace 83%; tulburări gastroduodenale intestinale 55%; tulburări neuro-psihice 36% (convulsii 15%, tulburări psihice 13%); anomalii din partea aparatului renal 94%; anemie 96%; leucopenie 67%; trombocitopenie 81%; celule LE 88%; testul Coombs pozitiv în 6%; hiperglobulinemie 81%; serologia fals pozitivă pentru sifilis 28%.

Pe un număr de 18 cazuri autopsiate autorii au evidenţiat leziuni: cutanate în 39%; adenopatii 39%; hepatice 22%; renale 72%; splenice 67%; cardiace 28%; pleurale 94%; pericardice 84%; peritoniale 55%; pulmonare 50%; vascularită generalizată 67%; *leziunile sistemului nervos central* 39%.

J. Bureau şi colab. pe un număr de 16 pacienţi cu LED remarcă prezenţa crizelor comiţiale în 7 cazuri, ducînd la exitus în decurs de 24—48 ore.

E. Hartman şi M. Massin constată la examenul oftalmologic leziuni retiniene pe vase. Le consideră caracteristice: exudate albe, rotunde, cu marginile neregulate, superficiale, perivasculare, însoţite de edem papular sau retinian, adeseori în hemoragii şi leziuni arteriale şi venoase ale retinei.

M. Hodara consideră ca un fenomen izolat apariţia crizelor comiţiale.

O. M. Vinogradova semnalează debutul cu tulburări neuropsihice la aproape toţi bolnavii din cele 50 de cazuri studiate; tulburări manifestate prin cefalee, disgripnie, adinamie, hiperestezie cutanată, polinevrite, poliradiculonevrite, tulburări de reflexe osteotendinoase, simptome meningiale, labilităţi emoţionale, episoade psihotice.

M. Derot şi colab. menţionează că manifestările neurologice ale LED se exprimă prin hemiplegie, afazie, paralizii de nervi cranieni, tranzitorii sau durabile. În ce priveşte crizele convulsive, acestea apar uneori ca primele manifestări şi sînt dintre cele mai frecvente, survenind fie în perioada puseelor evolutive, fie în faza terminală a bolii. Tulburările psihice sînt apreciate că apar la 25% din cazuri sub forma unor episoade confuzionale, halucinaţii, tentative suicidare, care pot marca debutul bolii sau să complice evoluţia bolii. În faza terminală apar frecvent stuporul sau coma. Spontan regresive tulburările psihice în unele cazuri sînt ameliorate prin terapeutica hormonală, alteori provocate de acest tratament pe care trebuie să-l întrerupem, dar care este necesară să fie reluat în doze mici. Semnele oculare se manifestă sub formă de diplopie, amauroză tranzitorie mai ales în cazul leziunile retiniene.

L. Scheinberg raportînd cazul unei bolnave cu LED ce prezenta tulburări de vedere prin edem al papilei şi coroidită ca şi alterări ale lichidului cefalorahidian, aminteşte şi datele raportate de Harvey, care pe 30 puncţii lombare găseşte în 7 cazuri hiperalbuminorahie, semnalînd totodată prezenţa puseelor psihotice în 30% din cazurile de LED, iar a crizelor convulsive în 25—30% din total.

C. Abaoglu şi colab., raportînd un caz de LED, pe baza literaturii de specialitate semnalează în perioada de stare prezenţa tulburărilor psihice în 19—24%, iar crizele comiţiale în 18% din cazuri.

P. Temine şi colab. publică un caz de lupus eritematos diseminat cu anemie gravă şi hiperazotemie, la o bolnavă de 20 de ani, care prezenta crize epileptiforme, hiperreflectivitate osteotendinoasă.

P. Meriel şi colab., publică două cazuri de LED la două bolnave tinere, una dintre ele prezentînd hemicoree dreaptă şi cealaltă comiţialitate clinic francă, confirmată EEG. Crizele comiţiale au apărut după 5 ani de evoluţie a bolii, manifestată prin poliartralgii fluxionare şi au cedat la tratamentul cortizonic şi cu nivaquine.

W. Siegenthaler şi R. Hegglin remarcă faptul că LED este o boală a întregului organism şi subliniază că manifestările nervoase apar în 35—50% din cazuri.

E. Dubois, studiind la Los Angeles un număr de 163 cazuri, constată în 58 de cazuri că decesul s-a datorat în 19 cazuri uremiei, în 2 tuberculozei, în alte două ulcerului duodenal etc., iar în 25 cazuri leziunilor progresive ale sistemului nervos central.

CLOZAPINE (LEPONEX ²) — ANEPS — FREE NEUROLEPTIC FOR TREATMENT OF ACUTE SCHIZOPHRENICS

O. Maller **M. Moscovitz, P. Friedmann**
— *Israel*

The authors used a treatment with Clozapine on 20 acute schizophrenics (14 paranoid, 4 hebephrenic and 2 catatonic schizophrenics). The ages were between 19 and 42. Treatment schedule including a period of wash-out, followed by 6 weeks of drug administration. The dosage of Clozapine started with 25 mg on the last day and reached 600 mg daily. The results have been assessed by the BPRS, CGI for the mental status, evaluations of improvement and by the Simpson-Angun scale for EPS. Laboratory findings and *vital signs* have been periodically examined to determine the drug's toxic activity. The results were analysed according to following categories:

1) Changes in various psychiatric symptoms.
2) Changes according to clusters.
3) Changes in neurological conditions.
4) Changes in vital signs and laboratory values.

1) *Changes in various psychiatric symptoms:*

The evaluations performed by the BPRS have been divided into 2 sub-groups:

A. Symptoms having at the first evaluation a mean above the 50th percentile.

B. Symptoms having at the firs evaluation a mean below the 50th percentile.

Furthermore evaluation of Clinical Global Impression indicates the extent of amelioration. In subgroups A and B (Table 1) the symptoms are ordered according to their degree of amelioration as assesed by the level of significance of the differences between the first and third evaluations. In each subgroup symptoms indicating a higher level of amelioration appear eamrlier.

Table nr. 1

Analysis of the changes between the various evaluations and the correlations between evalutions one and three, according to each item (symptoms).

Subgroup	Ordinal No.	Symptom *)	Statistic **)	Signif. of differences between evaluations			Correlat between evaluat. 1 : 3	Level of signif. p <
				1 : 2	2 : 3	1 : 3		
A	1	Unusual thought content (15)	t df p <	5.81 19 0.000	2.68 17 0.016	7.08 17 0.000	0.060	0.000
	2	Uncooperativeness (14)	t df p <	6.19 19 0.000	2.36 17 0.030	6.43 17 0.000	0.818	0.000
	3	Emotional withdrawal (3)	t df p	4.80 19 0.000	3.80 17 0.001	5.69 17 0.000	0.583	0.011
	4	Conceptional disorganisation (4)	t df p <	3.62 19 0.002	4.19 17 0.001	5.29 17 0.000	0.322	0.193
	5	Blunted affect (16)	t df p	4.5 19 0.000	3.0 17 0.008	5.05 17 0.000	0.779	0.000
	6	Hallucinatory behaviour (12)	t df p	2.39 19 0.027	4.03 17 0.001	4.43 17 0.000	0.513	0.029
	7	Tension (6)	t df p <	6.3 19 0.000	—0.29 16 0.773	4.29 16 0.001	0.227	0.381
	8	Motor retardation (13)	t df p	3.57 19 0.002	2.12 17 0.042	5.96 17 0.001	0.667	0.002
	9	Manierism and posturing (7)	t df p	3.04 19 0.007	1.84 17 0.083	3.16 17 0.006	0.702	0.001
B	1	Suspicipusness (11)	t df p <	3.85 19 0.001	3.29 17 0.004	4.49 17 0.000	0.781	0.000
	2	Hostility (10)	t df p <	2.68 19 0.015	1.00 17 0.331	3.12 17 0.006	0.682	0.002
	3	Somatic concern (1)	t df p <	1.55 19 0.137	1.37 17 0.187	2.75 17 0.014	0.794	0.000
	4	Anxiety (2)	t df p	3.58 19 0.002	1.76 17 0.096	2.68 17 0.016	0.196	0.435
	5	Disorientation (18)	t df p	1.00 19 0.350	1.46 17 0.163	2.56 17 0.010	0.343	0.163
	6	Excitement (17)	t df p <	3.46 19 0.003	—0.27 17 0.790	2.41 17 0.020	0.263	0.291
	7	Depressive mood (19)	t df p <	1.19 19 0.267	—0.81 17 0.43	0.24 17 0.816	0.038	0.881
	8	Grandiosity (8)	t df p <	—0.17 19 0.867	0.60 17 0.542	0.22 17 0.826	0.704	0.001
	9	Guilt feeling (5)	t df p <	—0.81 19 0.428	—1.00 17 0.331	—0.27 17 0.579	0.072	0.762
C	1	Clin. global impression (19)	t df p <			10.4 19 0.000		

* Number in brackets indicates the place of the item in RPRS.

** 't' — test for differences between correlated pairs of means (two tail).

As can be seen all the symptoms showed a significant decrease between the firs and third evaluation, except for depressive mood, grandiosity and guilt feelings.

Ratings of the Clinical Global Impression (item 19) before and after treatment, point to a significant improvement.

Evaluations of the improvement (item 20 in BPRS, not included in table one at the end of the treatment provides a mean of 2 : 15 with SD of 0.875 (2 = much improved ; 3 = minimally improved).

Table nr. 2

General results.

Degree of improvement	†††	††	†	⊖
No. cases %	11 55%	4 20%	2 10%	3 15%

††† = discharged
†† = high improvement, had leaves but could not be disoharged
† = minimum improvement
⊖ = no change.

Table 2 indicates *good* improvement in 11 cases (55%) and partial improvement in 4 (20%).

The nosological classification as related to the degree of improvement is indicated in table 3.

Table nr. 3

Degree of improvement according to clinical type

Diagnosis / Degree of improvement	Paranoid tiype		Hebephr. type		Catatonic type		Total	
	10	71 %	1	25%	—	—	11	55%
	3	21.4%	1	25%	—	—	4	20%
	1	7.2%	1	25%	—	—	2	10%
	0	—	1	25%	2	100%	3	15%
Total	14	100	4	100	2	100	20	100%

Table nr. 4

Analysis of changes and correlations between the different evaluations, according to each cluster

Cluster	Evalution	No. of subjects	Mean	S.D.	Statistics	Value	Correlation	Level of signifi-cance
T.D. Thinking Disturbances **) (4, 12, 18)	1	20	3.9995	0.973	t *)	4.91		
					df	10	0.758	0.000
	2		3.2495	0.99	p<	0.000		
	2	18	3.2406	0.989	t	4.68		
					df	17	0.792	0.000
	3		2.4644	1.144	p<	0.000		
	1	18	3.925	0.939	t	7.65		
					df	17	0.714	0.001
	3		2.4644	1.4444	p<	0.000		
Anxious Depression (A.D.) (2, 5, 9)	1	19	1.5437	0.62	t	2.17		
					df	18	0.601	0.006
	2		1.2974	0.383	p<	0.044		
	2	18	1.2217	0.303	t	—0.91		
					df	17	—0.067	0.793
	3		1.685	2.116	p<	0.375		
	1	17	1.5094	0.646	t	—0.37		
					df	16	—0.215	0.407
	3		1.7753	2.174	p	0.715		
Withdrawal Retardation W.R. (3, 13, 16)	1	20	4.217	1.452	t	9.72		
					df	19	0.854	0.000
	2		3.251	1.265	p<	0.000		—
	2	18	3.2235	1.272	t	3.888		
					df	17	0.871	0.000
	3		2.6111	1.349	p<	0.001		
	1	28	4.0744	1.407	t	6.58		
					df	17	0.766	0.000
	3		2.6111	1.342	p<	0.000		

Hostile Suspiciousness H.S.	1	20	2.934	0.0877	t	7.58		
					df	19	0.81	0.000
	2		2.0495	0.798	p<	0.000		
(10, 11, 14)	2	18	2.0767	0.84	t	3.05		
					df	17	0.872	0.000
	3		1.7408	0.729	p	0.007		
	1	18	2.8894	0.908	t	6.48		
					df	17	0.597	0.009
	3		1.7406	0.229	p<	0.000		
Total (1—16)	1	20	2.9985	0.563	t	6.62		
					df	19	0.744	0.000
	2		2.3545	0.673	p<	0.000		
	2	18	2.3417	0.657	t	4.47		
					df	17	0.825	0.000
	3		1.9367	0.643	p<	0.000		
	1	18	2.9528	0.547	t	9.19		
					df	17	0.700	0.001
	3		1.9367	0.643	p<	0.000		

* t-test for differences betmeen correlated pairs of means (two tail).

** t-test for differences between correlated pairs of means (two tail).

2) *Changes according to clusters.*

The symptoms evaluated in the BPRS were grouped in clusters according to Overall (1967) and submitted to statistical analysis.

In conclusion one could say that Clozapine is active non almost all the acute and ccessory schzophrenic symptoms especially on the thinking disorders and on the related clustered disturbances. Some of the primary symptoms characteristic of the schizophrenic process are equally well influenced. It should be worth to mention that none of the symptoms worsened.

3) *Changes in neurological conditions.*

The neurological symptoms usual found with phenothiazines were completely absent. Extrapyramidal symptoms measured by the Simpson-Angus scale indicated hypersalivation in only 2 cases.

4) *Changes in vital signs and laboratory values.*

As to the vital signs, we noted tachycardia in 10 cases and low systolic blood pressure, which were corrected with Dihydergot.

Raise in temperature appeared in 5 cases. Interruption of the treatment for 6—7 daps promptly lowered the temperature which did not rise at administration of the drug. Somnolence was a quite unpleasant symptom but lasted only during the first week. Laboratory examinations before and after the treatment indicate that no change in the material oheoked took plane. The values remained within the normal limits or did not change at all.

Conclusions. (1) Clozapine (Leponex (R)) demonstrated a high efficiency in *psychiatric emergencies.* With an average dose of 50—100 mg, agitation is inhibited and patients cooperation is obtained after 15—30 minutes.

(2) Acute and accessory schizophrenic symptoms are quickly and strongly influenced; however, processual (primary) symptoms are influenced as well.

(3) Relapses are frequent 5—8 days after drug discontinuation and this, possibly points to its rapid elimination from the body — Consequently a continuous maintenance administration is required.

(4) Continuous administration of 50—100 mg/daily Clozapine, maintain a long-term remission, up to one year and more.

(5) Beside hypersalivation no EPS have been detected, even with high dosages.

(6) Only negligible changes in vital signs have been observed. Raising of the body temperature sporadically occurred, but disappeared with a temporary interruption of the drug. Tachycardia and hypertension have been easily corrected.

(7) Administreed in usual doses (500—600 mg/daily) during the acute phases and in doses of 100—300 mg maintenance therapy, Clozapine did not produce any biological changes in the blood.

(8) In acute schizophrenia Clozapine alone provides a way to avoid multiple drug combinations („cocktails of tranquillizers") in high doses.

ABSTRACT

An open clinical trial with Clozapine was done in 20 acute schizophrenics. The patients were partly relapsing cases partly at their first attack. The authors used a treatment schedule including a period of wash-out, followed by 6-week of drug administration. The results have been assessed by the BPRS, GGI, for the mental status and by the Simpsom-Angus Scale for EPS. Laboratory findings and vital signs have been periodically examined to determine the drug's toxic activity.

It has been stated that the active, productive psychopathology of the schizoprenics (accessory symptoms of Bleuler) has significantly improved together with a high efficiency en same of the primary symptoms. No EPS have been detected while laboratory findings and vital signs stayed in normal limits. Clozapine seems to be an affective neuroleptic, which due to its absence of EPS, may be useful empleyed as well for the treatment of acute patients as for their maintenance therapy.

CONSIDERAŢII ASUPRA UNOR EFECTE IATROGENICE ALE TRATAMENTULUI NEUROLEPTIC PRELUNGIT

M. Moscovici
— *Israel*

Simptomele extrapiramidale sînt efectele secundare induse de medicaţia neuroleptică. Apariţia lor este în funcţie de sensibilitatea biologică, structura moleculară a neurolepticului, doza, vîrsta, sexul şi durata tratamentului cu neuroleptic.

Se consideră că ele sînt datorite acţiunii farmacologice antidopaminergice a neurolepticului asupra ariilor striopalidale ale creierului.

Sindromul extrapiramidal întîlnit în practica psihiatrică poate fi clasificat în următoarele categorii : a) parkinsonismul medicamentos ; b) akatizia ; c) reacţii acute distonice şi diskinezia tardivă.

În articolul de faţă ne vom ocupa de unele probleme generate de apariţia ultimelor forme clinice ale sindromului. întîlnite cu predominanţă la tineri şi vîrstnici.

1) Reacţia acută distonică. Sindromul este caracterizat prin contracţii tonice anormal prelungite ale unor grupe musculare în special ale capului şi gîtului însoţite de spasme şi dureri generalizate. Prinderea maseterului duce la tulburări deosebit de supărătoare în mobilitatea mandibulei. Modificările posturale ale capului, gîtului şi mandibulei, spasme ale musculatorii feţei sau gîtului, protrusiunea limbii, crizele oculogire, grimase, sînt de obicei elementele centrale ale sindromului.

Vorbirea, deglutiţia şi rareori respiraţia pot fi compromise. Simptomele distonice pot fi însoţite de semne autonome ca transpiraţii profunde, paliditate şi febră. Muşchii extremităţilor şi spatelui sînt cuprinşi mai rar, şi pot produce opistotonus, lordoze, scolioze, mers bizar. Aproximativ 90% din aceste reacţii apar în primele 72 ore de la începerea tratamentului, fiind consemnate mai frecvent la copii şi adulţi tineri în special la cei de sex masculin.

Sindromul este dramatic în apariţie, înspăimîntător pentru pacient, familie şi chiar pentru personalul de îngrijire. El constituie urgenţă medicală, impunînd tratament adecvat anihilării acestor fenomene secundare extrem de serioase ale terapiei de bază a bolii psihice.

2) ên practica psihiatrică în ultimii ani sîntem confruntaţi de o gravă problemă iatrogenică care conferă unui procent crescut de bolnavi o serioasă invaliditate. Aceasta este diskinezia tardivă marcată, numită şi insuficienta terminală extrapiramidală sau diskinezia persistentă. Se apreciază că acest sindrom apare în proporţie de 15—40% din bolnavii care au primit tratament neuroleptic timp prelungit (peste 6 luni — 2 ani).

Sindromul este adeseori ireversibil şi se caracterizează în special prin triada „bucolingue-masticatorie“ (sindromul BLM) care constă din sugerea buzelor, mişcări laterale ale mandibulei, pufăit al obrajilor şi mişcări involuntare fine, vermiculare ale limbii, ticuri ale ariei faciale. Există în literatura medicală numeroase articole privind etiopatogenia şi terapeutica sindromului dar din păcate ele sînt în general contradictorii. Practica medicală relevă însă cîteva date ce trebuie luate în consideraţie :

a) Sindromul este generat în special de folosirea dozelor mari de neuroleptic singure sau în asociaţie, timp prelungit. Este controversat faptul dacă orice neuroleptic poate fi responsabil de apariţia sindromului.

b) Există corelaţie între durata medie de interval liber în cursul terapiei cu pipperazină, butirofenonă şi apariţia diskineziei tardive.

c) Pacienţii care au avut în antecedente fenomene de pseudoparkinsonism prezintă un risc crescut în apariţia sindromului.

d) Folosirea agenţilor anticolinergici ar scădea pragul dezvoltării diskineziei tardive. Şi alţi factori pot favoriza apariţia sindromului. Astfel Fourbye şi alţii au constatat că la pacienţii schizofrenici trataţi anterior cu TCE, diskinezia tardivă era de 3 ori mai frecventă decît la pacientele care nu au fost supuse acestei terapii.

Din considerarea factorilor amintiţi mai sus se degajă cîteva fapte ce pot servi la prevenirea apariţiei diskineziei tardive :

1) Nu este recomandabilă folosirea dozelor mari de neuroleptice şi în special a asociaţiei medicamentoase care pot perturba echilibrul cholinergic-dopaminergic.

2) Este indicat să nu folosim pentru întreaga durată a tratamentului neuroleptic, asociaţia cu substanţe anticholinergice, deoarece fenomenele extrapiramidale acute ce pot apare în cursul terapiei, dispar în general după cîteva luni. Are desigur importanţă şi doza zilnică de substanţă antiparkinson. În general folosim doza mică de 2 mg—5 mg pro die în perioade scurte şi uneori numai la apariţia fenomenelor.

3) Este cunoscute faptul că între 40—60% din bolnavii cu schizofrenie cronică nu prezintă recăderi cînd se întrerupe medicaţia neuroleptică. Aceasta presupune ca aproape $^{1}/_{2}$ din bolnavi primesc mai multe medicamente decît au nevoie. Se impune deci periodic reevaluarea psihiatrică privind durata tratamentului ca şi a medicaţiei şi a dozei optime minimale, prevenind astfel recăderea psihotică ca şi a diskineziei tardive. Chiar şi în terapeutica proceselor psihotice acute, folosim intervalul liber (fară nici o medicaţie) de 1—2 zile pe săptămînă în funcţie de situaţie.

4) Folosirea neurolepticelor trebuie făcută cu discernămînt şi de către specialist, deoarece utilizate ca antiemetice, antipruritice sau ca tranchilizante pentru o perioadă chiar de 1—2 luni constituie un risc de toxicitate de durată.

II) Pentru anihilarea reacţiilor distonice acute, avem la dispoziţie o gamă largă de substanţe anticholinergice : trihexiphenidril, biperidin, procyclidin etc. Dar acţiunea lor nu este totdeauna eficientă, solicită timp, şi uneori sînt necesare doze repetate şi crescute de substanţe, influenţînd în sens negativ nu în puţine cazuri şi terapeutica de bază a simptomatologiei psihotice. Astfel Singh şi colab. raportează că 2 substanţe antiparkinsoniene benzotropin (congetin) şi trihexychenydil influenţează efectul terapeutic al haloperidolului şi clorpromazinei : Rivera Calmilin, Gauthier şi alţii au găsit că substanţele antiparkinsoniene modifică concentraţia în plasmă a neurolepticului folosit influenţînd astfel negativ efectul terapeutic.

Acestea ne-au determinat să folosim în combaterea sindromului distonic acut Parlodel-Bromocriptina. Bromocriptina este un derivat ergot — polipeptid al unei plante alcaloidale care inhibă secreţia prolactinei, cu acţiune asupra sistemului neuronal dopaminergic al hipofizei, fiind folosit în special în tulburări endocrine. Datorită faptului că este un antagonist dopaminergic striatal, Calme. Liebermann, Johnson, Myamoto şi alţii l-au folosit în combaterea fenomenelor extrapiramidale. În colaborare cu prof. Ringwald-Basel, Lusting şi alţii am cercetat la un grup de 111 bolnavi schizofreni, dacă există vreo corelaţie între scăderea prolactinei produsă de Bromocriptina şi ameliorarea fenomenelor extrapiramidale. Concluzia noastră este că efectul antiparkinsonian al Bromocriptinei nu este legat de scăderea prolactinei, ea executîndu-se pe alte sisteme de neuroreceptori. La un grup de 8 bolnavi a căror vîrstă a variat între 17—24 ani şi care au fost tratate cu butyrofenona, fluphenazina sau Majeptil, apariţia dramatică a unui sindrom distonic acut ne-a impus aplicarea unei terapii urgente cu Bromocriptina în doza unică de 30 mg/zi. Rezultatele au fost spectaculoase în 6 cazuri după 3—4 zile de tratament. Am continuat apoi asocierea Bromocriptinei, în doza de 10 mg/zi încă circa 2 săptămîni, neurolepticului folosit, permiţîndu-ne astfel continuarea planului terapeutic fără incidente. În celelalte 2 cazuri a fost necesară asocierea bromocriptinei cu Kemadrin, obţinîndu-se anihilarea sindromului după cca. 6—7 zile de tratament.

În ceea ce priveşte diskinezia tardivă, se pare că ea rezultă parţial din hypersensibilitatea receptorului dopamina. Drogurile neuroleptice pot bloca receptorii dopaminei din striat, pentru o perioadă lungă, receptorii devin extrem de sensibili la dopamina, rezultatul clinic fiind diskinezia tardivă. În patogenie intervine şi acetylcholina, care are acţiune reciprocă cu dopamina în striat. Astfel dacă sindromul dopaminergic este funcţional supra-activ, rolul sistemului cholinergic ar fi subactiv, sau dominat de sistemul dopaminergic supraactiv. În tratarea sindromului diskineziei tardive au fost folosite numeroase metode terapeutice, dar fără rezultate concludente. Astfel în scopul măririi acetilcholinei din creier au fost folosite deanolul în doze ce variază de la 200—2 000 mg pro die şi cholina 20 mg pe zi. Rezultatele au fost sub aşteptări, în plus dezvoltîndu-se stare psihotică depresivă. Au mai fost folosite carbonatul de lithium, rezerpina, fizostigmina, un atinconvulsivant benzodiazepin (clonazepan) etc., dar cu aceleaşi rezultate.

Încurajaţi de rezultatele obţinute în tratarea sindromului distonic acut, am folosit bromocriptina şi în combaterea fenomenelor de diskinezie tardivă. Astfel au fost supuşi acestei terapii 8 bolnavi (3 bărbaţi şi 5 femei) a căror vîrstă a variat între 49—72 ani şi care aveau un trecut psihiatric bogat, ce în unele situaţii depăşeau ca durată 30 ani. Toţi aceştia au primit terapii neuroleptice variate în doze mari, ani de zile fără întrerupere.

Metoda noastră terapeutică a fost de a scădea în mod progresiv neurolepticul pînă la o doză minimală de întreţinere şi de a asocia Bromocriptina în doze de 40—60 mg/die timp de circa 60—90 zile. La terminarea perioadei de tratament am apreciat că acţiunea Bromocriptinei a fost bună în două cazuri, la alţi 2 bolnavi am constatat ameliorarea sindromului diskinetic, iar în alte 4 cazuri nu am constatat nici o ameliorare. Este necesar să menţionez însă că substanţa a fost bine suportată, nu am constatat recăderi psihotice, ci din contra s-a putut constata o îmbunătăţire a contactului bolnavului cu lumea înconjurătoare, oarecare risipire a indiferenţei şi chiar în unele cazuri o uşoară activizare.

Sindromul diskineziei tardive continuă să rămînă un efect iatrogen grav al terapiei neuroleptice, cu rezistenţa marcată faţă de metodele de anihilare folosite pînă în prezent. Prevenirea apariţiei sindromului diskinetic tardiv este mult mai uşor de realizat şi aceasta trebuie să fie unul din obiectivele noastre în desfăşurarea planului terapeutic antipsihotic.

APRECIERI PRIVIND EFICIENŢA ŞI EFECTELE SECUNDARE ÎN TRATAMENTUL BOLNAVILOR PSIHICI CU HALOPERIDOL

N. Păruş, Carola Offenberg, Georgeta Rotaru,
M. Stanciu, Dalila Ştirbu
— *Iaşi*

Haloperidolul sau RL. 1625 este o fluorohidroxicloro-fenil-piperidinobutirofenonă, o amină sintetică terţiară. Haloperidolul este neurolepticul cel mai răspîndit din seria butirofenonelor, lansat în anul 1958.

Acest produs a fost descoperit şi experimentat în laborator de P. Janssen, iar Divry şi colaboratorii au comunicat primele rezultate obţinute prin administrarea haloperidolului. Proprietăţile farmacologice şi indicaţiile terapeutice au fost precizate în cadrul simpozionului de la Beerse în anul 1959. În această comunicare, vom prezenta observaţiile noastre asupra tratamentului cu haloperidol efectuat bolnavilor psihici, într-un serviciu clinic de psihiatrie, bărbaţi, al spitalului „Socola“ Iaşi pe timp de 2 ani (1978—1979).

Ne vom referi în mod deosebit la cazurile care au fost tratate numai cu haloperidol în perioada menţionată şi care au totalizat un număr de 707 bolnavi, din care pe diagnostice au fost : manie 129 bolnavi ; melancolie 21 ; schizofrenie 345 ; psihoză alcoolică 45 ; epilepsie cu tulburări psihice 39 ; nevroze 30 ; psihopatii 8 ; alte diagnostice 90.

Din totalul de bolnavi menţionaţi (707), la prima internare au fost un număr de 188, la a doua 132, la a treia 78, şi cu mai multe spitalizări 309 bolnavi.

Repartiţia numerică pe grupe de vîrstă a bolnavilor trataţi cu haloperidol a fost după cum urmează : pînă la 20 ani 76 bolnavi : 20—30 ani 402 ; 31—50 ani 162 ; 41—50 ani 131 ; 51—60 ani 33 ; peste 60 ani 3.

Din analiza foilor de tratament a bolnavilor trataţi cu haloperidol a rezultat următorul grupaj mediu de fiole administrate în cursul spitalizării :

Între 10—20 fiole haloperidol la 235 bolnavi
Între 21—50 fiole haloperidol la 228 bolnavi
Între 51—100 fiole haloperidol la 148 bolnavi
Între 101—150 fiole haloperidol la 63 bolnavi
Între 151—200 fiole haloperidol la 17 bolnavi
Între 201—450 fiole haloperidol la 12 bolnavi
Între 251—300 fiole haloperidol la 4 bolnavi

De menţionat că pe lîngă totalul de 707 bolnavi cărora li s-a administrat numai haloperidol un număr de 463 bolnavi au urmat tratament discontinuu cu haloperidol şi alte neroleptice, datorită în cea mai mare parte a lipsei haloperidolului pentru o perioadă limitată. În decurs de 2 ani (1978—1979) s-a consumat 34 916 fiole haloperidol pentru tratamentul bolnavilor mai sus menţionaţi.

Observaţiile noastre confirmă datele din literatură menţionate de diverşi autori că haloperidolul ca neuroleptic major are indicaţia de elecţie în stările de agitaţie psihomotorie indiferent care ar fi originea lor, mai ales în manie, în stările de confuzie mintală, în bufeurile delirante, în delirium tremens, în stările confuzio-onirice, suprimă agitaţia, reduce manifestările agresive, obţinîndu-se în cele mai multe cazuri succesiunea tulburărilor psihice. Cu haloperidol s-au obţinut rezultate bune în stările delirant halucinatorii din schizofrenie, relevîndu-se în special efectul halucinolitic.

De asemeni haloperidolul şi-a dovedit utilitatea în formele hebefrenice ale schizofreniei, puseurile catatonicooniroide din cadrul schizofreniei circulare. Acţionează favorabil asupra rigidităţii afective, lipsei de iniţiativă. În schizofreniile torpide cu evoluţie îndelungată rezultatele au fost în general nesatisfăcătoare. În decompensările depresiv anxioase cu agitaţie sau cu fenomene delirant halucinatorii administrarea haloperidolului a avut un efect pozitiv, inhibiţia depresivă de fond fiind puţin influenţată. Unii autori atrag atenţia că tratamentul prelungit cu haloperidol poate agrava starea depresivă. Leuritz consideră că haloperidolul este anxiogen.

Haloperidolul a fost aplicat la un număr restrîns de psihopaţi îndeosebi în psihopatiile iritabile şi agresive avînd o afecţiune inhibitoare a reacţiilor impulsive însă cu efect limitat la perioada cît a fost administrat. S-au obţinut rezultate satisfăcătoare şi în psihozele epileptice cu stări de agitaţie psihomotorie şi confuzie cu manifestări impulsive. Unii autori subliniază faptul că haloperidolul poate reactiva accesele epileptice.

În tratamentul stărilor nevrotice cenestopate şi anxioase uneori s-au obţinut rezultate bune de durată, la un număr restrîns efectul a fost trecător. În aceste cazuri s-au administrat în general doze mici de haloperidol. S-a observat că toxicomanul nu solicită în timpul tratamentului cu haloperidol nici un fel de toxic.

În cursul tratamentului cu haloperidol au fost observate şi efecte secundare ca : Sindrom akineto-hepertonic sau parkinsonian şi sindrom hiperkinetic (crize excitomotorii) ;

Neliniştea motorie a membrelor inferioare, necesitatea de a le mişca în permanenţă, mişcări anormale ale capului, membrelor, spasme de torsiune, spasme ale muşchilor faciali, faringieni, hiperalgii, parestezii, crampe musculare, uneori algodistonii, fenomene astenice. Tratamentul de durată cu haloperidol poate provoca insomnie.

Printre tulburările neurovegetative se întîlneşte : hipotensiune arterială uşoară fără tendinţă la colaps ortostatic, uneori hipertensiune, tahicardie, puls instabil, hipersecreţie sebacee, sialoree, transpiraţie, dispnee, lăcrimare abundentă.

În cursul tratamentului cu haloperidol deşi foarte rar poate să apară un sindrom malign exprimat prin hipertermie hipersudoraţie deshidratare, iar uneori eriteme variate.

La apariţia efectelor secundare în raport de gravitatea lor se impune diminuarea dozelor sau întreruperea tratamentului cu haloperidol, administrare de antiparkinsoniene, sol. amital sodic 3% i.m., sau 50 mg clorpromazină i.m. Se poate deduce că există un oarecare antagonism între acţiunea haloperidolului şi cea a clorpromazinei.

De subliniat că haloperidolul nu se elimină total decît după 7—8 zile de la sistarea administrării.

Liciko A. E. menţionează că după administrarea i.v. de haloperidol poate să apară uneori o reacţie de nelinişte anxioasă, hiperkinezii şi convulsii tonice a muşchilor gîtului şi a feţii.

Rândina M. G. şi colab. au constatat în unele cazuri apariţia simptomelor de diabet nezaharat la bolnavii trataţi cu haloperidol.

Autorii au constatat la 5 cazuri din bolnavi că după 5—6 zile de tratament cu haloperidol, 20 mg în 24 ore, la bolnav apărea senzaţia de sete consumînd pînă la 10 litri lichid pe zi.

Întreruperea tratamentului cu haloperidol a dus la dispariţia acestor simptome.

Se presupune că apariţia simptomelor diabetului nezaharat în aceste cazuri ar fi legată de tulburări ale neurohipofiziei. Patogeneza acestui fenomen nu este elucidată.

Mate V. şi colab. studiind influenţa haloperidolului asupra metabolismului hidraţilor de carbon din creierul şobolanilor au constatat o scădere de acid piruvic, procentul celorlalţi metaboliţi rămînînd invariabil.

Turevskii A. A. şi colab. arată caracterul complex al acţiunii haloperidolului asupra diverselor nivele ale creierului, subliniind acţiunea stimulatoare a acestuia asupra unor funcţii psihice care e posibil să fie legată de influenţa sa asupra formaţiei reticulate, menţionînd faptul că haloperidolul nu modifică metabolismul hidraţilor de carbon. Studiul biochimic şi histochimic efectuat de Sabadaşa A. L. a arătat că într-o serie de îmbolnăviri ale creierului se tulbură distribuirea hidraţilor de carbon între neuroni şi elementele gliei, în acelaşi timp conţinutul lor general putînd rămîne în limitele normale.

Matveev V. F. şi colab. pe baza unui studiu experimental pe şobolani albi menţionează efectul stimulator al haloperidolului asupra structurii mitocondriei şi a metabolismului intracelular. Structurile neuronilor zonei corticale a analizatorului motor sînt sensibile la acţiunea haloperidolului.

Autorii subliniază acţiunea haloperidolului de intensificarea hiperplaziei şi regenerării intracelulare, modificările morfologice fiind reversibile ele avînd un caracter funcţional.

În ceea ce priveşte tratamentul cu haloperidol atît cel de atac cît şi cel de întreţinere trebuie să fie adaptat în funcţie de reactivitatea individului, evitînd excesul şi insuficienţa cît şi continuarea sa nejustificată. Deşi există un paralelism între intensitatea fenomenelor secundare mai sus amintite şi doza utilizată trebuie de avut în vedere şi sensibilitatea personală a fiecărui bolnav.

Practica clinică arată că eficacitatea terapeutică este în general mai mare dacă tratamentul aplicat este cît mai apropiat fazei de debut, scurtîndu-se prin aceasta şi timpul de evoluţie a bolii.

La nevoie haloperidolul se poate asocia cu tioridazină, nozinan, clorpromazină, meprobamat sau anticonvulsivante.

Durata tratamentului este variabilă cît şi doza administrată, după caz. În general nu am depăşit 100 zile de tratament cu haloperidol şi nici doza de 30 mg în 24 ore.

Întreruperea sau scăderea bruscă a dozelor poate duce la reapariţia dezinhibiţiei psihomotorii.

Se recomandă prudenţă în administrarea haloperidolului la bolnavii vîrstnici la care uneori pot apărea stări confuzionale.

Ca acţiuni farmacodinamice mai importante sînt cele analgezice şi de potenţare a hipnoticelor.

CRITERIILE OMS — MIJLOC DE PRECIZARE A DIAGNOSTICULUI ŞI ORIENTARE TERAPEUTICĂ ÎN SCHIZOFRENIE

Aurelia Sîrbu, Liana Fodoreanu, Aurelia Cozac, Emilia Cătinaş
— Cluj-Napoca

Astăzi — cînd preocupările moderne sînt îndepărtate spre cercetările de biochimie moleculară, menite a descifra substratul schizofreniei. cînd se studiază cele mai eficiente mijloace de ameliorare a ei, ar părea, poate, anacronic efortul găsirii unor criterii de diagnostic pozitiv al psihozei ce se situează pe locul întîi în psihiatrie.

Şi totuşi, orientarea spre elaborarea unor repere diagnostice este actuală, pe de o parte pentru că, pînă în prezent, nu există o vedere unitară a psihiatrilor din întreaga lume, unii incluzînd în acest diagnostic şi tulburări care au o altă apartenenţă ; pe de altă parte, pentru că există păreri după care schizofrenia nu ar constitui tocmai o boală, ci ea ar fi de fapt un grup de tulburări aşa cum susţineau încă Eugen şi Manfred Bleuler ; şi pe de altă parte în afara unui diagnostic pozitiv corect nu putem avea o eficientă orientare terapeutică.

În 1973, O.M.S. a iniţiat un studiu-pilot internaţional (IPSS) al schizofreniei, fiind investigaţi în acest scop bolnavi schizofreni din nouă ţări, în urma acestui studiu popularizîndu-se simptomele semnificative pentru diagnosticul de schizofrenie. Iniţial, grupele de simptome au acoperit cele patru subtipuri clasice ale bolii. În 1976, Carpenter şi colab. au realizat un substudiu al IPSS, construind profiluri descriptive ale bolnavilor, integraţi unuia din cele şase subtipuri (el a adăugat celor patru, încă două). Aceste profiluri se bazau pe 24 dimensiuni psihopatologice, iar scorul era în funcţie de simptomul dominant la data examinării.

Începînd din anul 1975, în Clinica Psihiatrică Cluj-Napoca, am utilizat cele 27 grupe, cuprinzînd 124 simptome semnificative pentru diagnosticul schizofreniei, elaborate de O.M.S. Ele ecoperă atît stadiile clinice, cît şi diversele forme de schizofrenie, prin ceea ce au acestea specific, chiar dacă nu sînt în totalitate patognomonice. Am folosit item-urile în două etape : la internarea balnavilor în clinică şi înaintea externării lor, după eforturile tratamentului în staţionar. Simptomele prezente au fost notate în funcţie de intensitatea lor ; de la simptome abia schiţate (+), la tulburări intense şi constante (+++). Examinările seriate ale cazurilor reprezintă de fapt secţiuni transversale, prin fenomenologia la internarea respectivă şi se poate remarca similaritatea existentă în manifestările psihopatologice din diferitele forme ale schizofreniei.

În cei cinci ani în care am utilizat simptomele elaborate în cadrul IPSS de OMS, am comunicat în mai multe lucrări concluzii de etapă, în special privind aplicabilitatea acestora în posibilităţile recuperatorii ale schizofrenilor şi relaţia dinamicii în timp a tulburărilor cu calitatea recuperării.

Reanalizînd loturile de bolnavi studiate axîndu-ne de data aceasta asupra utilităţii diagnostice a grupelor de simptome IPSS prima remarcă se referă la utilitatea acestor itemuri în folosirea unui limbaj comun de către toţi psihiatrii — în primul rînd — şi apoi de către toţi medicii. Menţionăm apoi că grupele de simptome au o valoare inegală diagnostică. Astfel grupele : V (idei cu încărcătură afectivă), IX (acuze neurastenice), XVIII (anxietate, tensiune, iritabilitate), XXV (tulburări somatopsihice), reprezintă manifestări psihopatologice care nu sînt patognomonice schizofreniei, atunci cînd apar totuşi, fiind secundare, fie simptomelor pozitive, fie terapiei aplicate. De asemenea, unele tulburări (majoritatea) au o pondere diagnostică numai analizate în corelaţie cu celelalte simptome şi cunoscînd şi circumstanţele de apariţie, evoluţia lor, fondul premorbid pe care apar. Abundenţa simptomatologiei difuzată de OMS ca specifică diagnosticului de schizofrenie corespunde cu tradiţia iniţiată de şcoala germană şi elveţiană de psihiatrie în sublinierea tulburărilor fundamentale (K. Schneider, R. Bleuler). Folosirea unor itemuri prestabilite evită dilatarea inutilă, pînă al dispersare, a diagnosticului de schizofrenie — cum s-a putut observa în cazul şcolii americane de psihiatrie.

Urmărind dinamic simptomatologia, avem posibilitatea diagnosticării unor cazuri incerte, care prezentau la internare un tablou clinic tipic, dar la care, în urma aplicării unui tratament adecvat, s-a obţinut ştergerea tuturor manifestărilor patologice. Ori studiul loturilor de schizofreni amintite ne-a oferit ocazia să diferenţiem din totalul celor 27 grupe, pe unele care se menţin prezente în perioadele de remisiune, cînd depistarea schizofreniei este problematică. Este vorba aici de unele tulburări de afectivitate (aplatizare, nepotrivire de afectivitate), unele tulburări calitative de gîndire şi psiho-motorii (grimase, complezenţă, manierisme), anumite tulburări de comportament (schimbarea interesului, îndepărtare socială), lipsa perspicacităţii. Desigur că tocmai aceste simptome, care constituie amprenta schizofreniei, au şi cea mai serioasă importanţă în calitatea recuperării bolnavului — într-o măsură mult mai mare decît categoria de manifestări care sînt spectaculare, cu o intensitate mare la internarea bolnavului în clinică ; acestea din urmă împietează o perioadă relativ scurtă integrarea socio-profesională a schizofrenului, dar terapia aplicată la timp le reduce aproape întotdeauna.

Cu toate că simptomatologia este aproximativ aceeaşi, indiferent de forma clinică a schizofreniei (cum am menţionat anterior) trebuie să subliniem că există deosebiri destul de evidente între intensitatea şi felul tulburărilor în funcţie de stadiul bolii. De exemplu, în debutul de schizofrenie, pacienţii studiaţi prezentau o bogată psihopatologie, acoperind aproape toate grupele, şi fiind de intensitate maximă ; spre deosebire de aceştia, schizofrenii cu evoluţie prelungită a bolii se caracterizau printr-o simptomatologie săracă, monotonă, cu o intensitate redusă a manifestărilor pozitive. Dinamica simptomatologiei diferă şi ea la diferitele stadii, observîndu-se remisiunea majorităţii acestora în debutul de schizofrenie şi a unei cantităţi importante de tulburări în perioada de stare, şi persistenţa lor în etapa de cronicizare.

În conformitate cu criteriile de recuperare propuse de Rişca, am făcut o corelaţie între terapie şi recuperare ; am constatat astfel că indicele de gravitate coincide, între altele şi cu cantitatea de simptome întîlnite. Aceasta ne dă posibilitatea unor mai exacte prognosticări a atitudinei terapeutice de cursă lungă şi a terapiei intensive în formele de o gravitate deosebită.

Depăşind această primă etapă — ia care, aplicînd dinamic simptomele propuse în cadrul IPSS am realizat o terapie adecvată în staţionar, avînd în acelaşi timp posibilitatea aprecierii calităţii viitoarei recuperări a schizofrenului — trecem la o altă etapă de aplicare originală a IPSS în programul terapeutic ; este vorba de folosirea lui la bolnavii aflaţi în tratament ambulator, sub supravegherea L.S.M. Evidenţa exactă de la acest nivel, cu ocazia controalelor periodice, ne va permite o terapie ţintită şi individualizată, oferind garanţia recuperării optime.

CONCLUZII

Simptomele elaborate de OMS îşi dovedesc în primul rînd valoarea în realizarea unui limbaj comun tuturor psihiatrilor din lume în domeniul fenomenologiei schizofreniei.

Ponderea, în tabloul psihopatologic, al simptomelor, este inegală, fiind în legătură directă mai ales cu stadiul bolii şi abia apoi cu forma acesteia.

Importanţa practică a acestor grupe de simptome rezidă în orientarea terapeutică şi în posibilităţile de apreciere prognostică.

The studies of WHO and the elaboration of the 27 groups (124 symptoms) significant for the positiv diagnosis of schizophrenia are presented.

The analysis of the schizophrenic patient group admitted to the Psychiatry Clinic of Cluj-Napoca during five years, permits the following conclusions :

The symptoms put forward by the WHO prove their value in bringing about a common language to all psychiatrist of the world in the field of schizophrenic phenomenology.

The weight of the symptoms in the psycho patological aspect of the disease is unequal, being in direct connection especially with the phase of the disease, and only afterward with its form.

The practical importance of IPSS symptoms resides in the therapeutic orientation and the possibilities of prognostic assessment.

CONSIDERAŢII PRIVIND CAPACITATEA DE MUNCĂ ŞI DE READAPTARE SOCIO-PROFESIONALĂ A BOLNAVILOR DE EPILEPSIE

M. Şelaru
— *Iaşi*

În ce priveşte încadrarea în muncă a bolnavilor de epilepsie, majoritatea autorilor consideră că aceasta este condiţionată nu numai de gravitatea leziunilor organice reziduale de intensitatea şi frecvenţa paroxismelor sau de afectivitatea măsurilor terapeutice, dar şi de gradul de deteriorare a proceselor ideo-afective a personalităţii, de vîrsta bolnavului şi durata bolii, ca şi de profilul, complexitatea şi responsabilitatea pe care o presupune activitatea productivă dată.

I. F. Slucevskii consideră că pentru readaptarea în epilepsie este necesar să se pornească de la principiile nosologice a bolii (boala epileptică, sindroame epileptiforme) de la modalităţile de manifestare a paroxismelor, luîndu-se în considerare mecanismele fiziopatologice.

Tulburările de personalitate în epilepsie manifestate sub forma aşa numitului caracter epileptic, unii autori le consideră ca fiind specifice, alţii ca fiind nespecifice. Aceasta explică în parte diferenţele procentuale ale tulburărilor de personalitate citate în literatura de specialitate.

Astfel Paskind găseşte că tulburările de personalitate reprezintă 6.5% din cazurile studiate, Lennox — 10%, iar Alström pe 897 cazuri dă un procent de 47% cu modificări ale personalităţii. Diferenţele înregistrate la examenele psihopatologice ţin şi de faptul că nu se face deosebiri între epilepsia boală în care factorul etiologic predominant este cel ereditar-constituţional şi epilepsia simptomatică, expresia a unor suferinţe cerebrale de natură predominant exogenă. M. M. Goreva consideră de exemplu că în cazul epilepsiei diencefalice de natură traumatică cel mai adesea tulburările paroxistice nu sînt considerate ca epilepsie, iar tabloul tulburărilor psihice intercritice este asimilat unor perturbări funcţionale şi etichetate drept „reacţii isteronevrotice“, „dezvoltări asteno hipocondriace ale personalităţii”, „tulburări de comportament istero-nevrotice“ etc. Simptomatologia psihopatologică ca expresie a deficitului lezional organic ocupă un loc important în tabloul perturbărilor de personalitate în cazul sindroamelor epileptiforme ceea ce explică în parte controversele privind nespecificitatea tulburărilor de personalitate în epilepsie.

Aşa cum arată P. Brânzei că fără a contesta rolul factorilor morbidităţii ereditare în etiopatogenia bolii epileptice, analiza catamnestică detaliată şi metodele de laborator, evidenţiază un coeficient important de participare a factorilor encefalodistrofianţi de natură predominant exogenă în apariţia şi instalarea manifestărilor convulsive, factori care condiţionează în parte tabloul clinic şi încadrarea socio-profesională a acestor bolnavi.

V. P. Beliaev analizînd cauzele care au determinat internarea a 500 bolnavi de epilepsie evidenţiază în ordinea frecvenţei : 36% tulburări afective, 24,8% stări psihotice. 2,8% stări confuzionale şi echivalenţe şi numai un număr mic de bolnavi au fost internaţi pentru agravarea paroxismelor. Aceasta atrage atenţia asupra faptului că în epilepsie încadrarea socioprofesională ca şi nivelul capacităţii de muncă a bolnavilor sînt condiţionate de un complex de factori de natură bio-psihosocială care trebuiesc analizaţi concomitent în analiza fiecărui caz în parte.

Majoritatea autorilor care au studiat încadrarea socio-profesională a bolnavilor de epilepsie conchid că epilepsia nu este incompatibilă cu desfăşurarea unei activităţi productive.

Lennox şi Cobb constată că din 1000 bolnavi de epilepsie 75% păstrau capacitatea de muncă. Discuţiile de la Toulouse din 1961 asupra problemelor medico-sociale în epilepsie arată că în condiţii lipsite de periculozitate un procent de 80% dintre bolnavi îşi pot continua activitatea în profesia de bază, este adevărat cu un randament mai scăzut, ceea ce impune o atentă supraveghere medico-socială.

L. I. Kruglova şi F. S. Rubinova studiind capacitatea de adaptare social-productivă pe un număr de 1170 bolnavi, constată o decompensare socială în 27,2% din cazuri dintre care 8% decompensarea a fost determinată de modificările ireversibile ale personalităţii (de tip demenţial), în 9,4% din cauza crizelor frecvente, iar 9,8% datorită perturbărilor afective. Analizînd situaţia profesională se constată că din cei 1170 bolnavi sînt elevi şi studenţi 35,8%, lucrează în ateliere protejate 14,4%, depun activitate în atelierele şcolilor ajutătoare 18,5%, iar 4,1% erau pensionari de bătrîneţe.

Popa V, Voinescu I. şi Stoica I. pe lotul de bolnavi cercetaţi găsesc 50% cu capacitate normală de muncă, 27,7% capacitate de muncă redusă, iar 22,3% au pierdut capacitatea de muncă.

A. Kreindler, I. Lupulescu, V. Voiculescu, R. Broşteanu şi C. Lazăr constată o încadrare productivă în 7,43% din totalul bolnavilor studiaţi.

D. Volanski găseşte capacitatea de muncă normală în 61,88%, redusă la 17,26% şi pierdută la 20,86% din bolnavii studiaţi.

Analizînd pe un lot de 3844 bolnavi de epilepsie încadrarea socio-profesională, noi am reţinut următoarele date : sînt încadraţi în diferite forme de activitate 79,80% din totalul bolnavilor. Dintre cei cu încadrare profesională 22,25% sînt ţărani cooperatori, 21,11% copii, elevi şi studenţi, 9,03% funcţionari, 8,25% muncitori, 3,93% casnice, 1,4% militari în termen, 0,58% mînuitori de valori, 0,69% conducători auto, 4,72% alte profesii.

Pe lotul cercetat noi am constatat că 74,3% sînt căsătoriţi, 19,56% necăsătoriţi, 2,31% divorţaţi şi 1,97% văduvi.

Numărul bolnavilor de epilepsie pensionaţi cu diverse grade de invaliditate este de 76 pentru municipiul Iaşi şi 34 pentru judeţul Iaşi, reprezentînd în raport cu numărul total de pensionari un procentaj de 4,87%, iar în raport cu totalul pensionărilor pentru boli psihice un procent de 15,77%.

În raport de vîrstă, bolnavii pensionaţi sînt cuprinşi între 26—60 ani, cei mai mulţi aparţinînd grupei de vîrstă 41—45 ani (29 bolnavi); sexul masculin este predominant (70 cazuri).

După profesii, 38 pensionari au fost muncitori calificaţi, 45 muncitori necalificaţi, 4 tehnicieni, 12 funcţionari şi 10 agricultori.

După gradul incapacităţii permanente de muncă repartiţia bolnavilor se prezintă astfel :

	M.	F.	
Gr. I	5	4	
Gr. II	48	29	
Gr. III	17	7	total M. = 70 ; F. = 40.

Cei 110 bolnavi cu incapacitate permanentă de muncă nu sînt încadraţi în activitate productivă date fiind pe de o parte afecţiunile asociate care de cele mai multe ori au generat invaliditate, iar pe de altă parte dificultăţile de încadrare a celor cu gradele II—III de invaliditate, prin greşita înţelegere a termenului de boală epileptică. Este important să subliniem că bolile asociate la bolnavii epileptici care au fost pensionaţi din grupul studiat de noi, au constituit un procentaj aproximativ de 90% pentru femei şi numai 40% pentru bărbaţi în oraşul Iaşi. În judeţul Iaşi acest procentaj este mult mai redus, epilepsia fiind cauza principală de boală care a generat incapacitatea de muncă prin tulburările psihice şi frecvenţa mare a crizelor.

În raport de diagnosticul de pensionare pe primul plan se situează cazurile cu crize majore frecvente şi tulburări psihice şi de comportament : 1. Epilepsii cu crize frecvente 39 cazuri ; 2. Epilepsii cu tulburări psihice 35 cazuri ; 3. Psihoză epileptică 10 cazuri ; 4. Epilepsie posttraumatică 16 cazuri ; 5. Epilepsie jacksoniană 6 cazuri ; 6. Epilepsie pe fond encefalopat 3 cazuri ; 7. Epilepsie pe fond etilic 1 caz.

Incapacitatea de muncă a fost generată în marea majoritate a cazurilor de frecvenţa crescută a crizelor şi tulburărilor psihice. Bolile asociate au agravat evoluţia epilepsiei permanentizînd incapacitatea de muncă. În alte cazuri boala asociată a determinat pensionarea deşi epilepsia singură ar fi permis continuarea activităţii. Dar chiar şi pentru bolnavii care sînt consideraţi ca avînd incapacitatea de muncă parţială sau totală considerăm că pot fi antrenaţi într-o activitate în raport de stadialitatea bolii cunoscînd că şi în stare de decompensare munca este indicată în cadrul unui regim de ergoterapie. Caracterul adecvat sau neadecvat al muncii depuse de bolnav nu trebuie însă privit în mod absolut, ci în raport cu particularităţile fiecărui caz în parte, ţinîndu-se seama îndeosebi de frecvenţa şi forma acceselor precum şi de starea psihică a bolnavilor. Pentru elevi şi studenţi şcolarizarea rămîne perfect adecvată în lipsa unor modificări psihice importante.

Încadrarea în cîmpul muncii a bolnavului cu epilepsie constituie una din problemele importante ale asistenţei neuropsihiatrice şi considerăm că pentru asigurarea acestui deziderat ar fi necesar o serie de măsuri care pot fi aplicate începînd cu mediul urban şi extinse ulterior în mediul rural, sectorul agricol permiţînd o mai bună adaptare socio-profesională.

Pe baza unor experienţe ce rezultă din studiile Serviciului de Sănătate Mintală de la Iaşi, propunem următoarele măsuri : — Depistarea şi luarea în evidenţă a tuturor cazurilor de epilepsie care trebuiesc dispensarizate ; — Precizarea formei clinice, aprecierea tulburărilor psihice şi a comportamentului în mediul social şi în familie ; — Urmărirea evoluţiei bolii şi aplicarea unei terapii individualizate pentru fiecare caz în parte ; — Aprecierea periodică a caracterului încadrării socio-profesionale cu îndrumarea celor care depun muncă neadecvată către alte ramuri de activitate compatibilă cu stadialitatea evolutivă a bolii. Asigurarea unui regim de muncă individualizat, în raport cu aspectele clinice şi capacitatea de muncă pentru bolnavii încadraţi în profesiunea adecvată ; — Posibilitatea încadrării în cîmpul muncii pentru bolnavii neîncadraţi şi care ar putea efectua o activitate utilă ; — Înfiinţarea unor centre de ergoterapie pentru bolnavii cu crize frecvente sau tulburări psihice manifeste. Aceasta este posibilă în centrele mari unde există servicii cu paturi de neuropsihiatrie. Pentru bolnavii din oraşul Iaşi există în prezent şi posibilitatea ergoterapiei în cadrul serviciului de zi a Spitalului de Neuropsihiatrie, bolnavii fiind în restul timpului înseraţi în mediul familial. — Pentru eficienţa acestor măsuri Serviciul de Sănătate Mintală trebuie să colaboreze cu dispensarele de întreprinderi, cu circumscripţiile sanitare, Direcţia Muncii, cu şcolile speciale şi comisii de expertiză în vederea rezolvării problemelor deosebite de încadrare socio-profesională.

CONSIDERAŢII ASUPRA ACTIVITĂŢII PATOPLASTICE LA UN CAZ DE SCHIZOFRENIE

R. N. Priboi, Alexandrina Mihalache, Rozalia Achiriloaie
— *Galaţi*

Critica adusă comentariului unui singur caz (vis-à-vis de materialul abundent pus la dispoziţie de o întreagă literatură) ar putea conţine numeroase rezerve. În consecinţă, vom încerca să diminuăm numărul lor, menţinînd distanţa recomandabilă faţă de afirmaţiile absolutizante, realizînd totodată apropierea de obiectivul propus — acela de a sprijini ideea că studiul activităţii patoplastice relevă elemente utile sub aspect psiho-diagnostic şi psihoterapeutic.

Psihopatologia susţine că producţiile artistice ale schizofrenilor (cele mai edificatoare, de altfel) par să augmenteze datele clinice clasice, considerarea lor permiţînd comprehensiunea ameliorată a semnificaţiei unor simptome.

Acţiunea ordonatoare a examinatorului, însăşi prezenţa sa, ar contribui, în cazul schizofrenilor, la calificarea limbajului oral al acestora drept „nonautentic“, condiţiile intercomunicării obligînd la aprecierea valorii relevante superioare a textului scris. Dar, elaborarea stimulului neverbal pe care îl reprezintă scrisul, prin dubla decodare, presupune un timp de reacţie motorie mai lung, deci, sub un anumit aspect, încărcat cu valenţele unui coeficient de „nonautenticitate“ superior producţiei artistice care sugerează mai lesne spontaneitatea exprimării grafice.

S.F., bărbat de 29 ani, dispensarizat cu schizofrenie, debut clinic — aparent al afecţiunii psihice la vîrsta de 20 ani ; grad de instrucţie mediu ; încadrat — execută activitate de funcţionar, necăsătorit ; prezintă internări repetate în primii şapte ani de evoluţie a bolii, internări succedate de remisiuni cu defect de tip disociativ, necesită tratament ambulator susţinut, în ultimii patru ani — şi cu preparate-depozit.

După efectuarea unui examen psihologic care a inclus (alături de alte probe) testul arborelui (Koch), precum şi MDPT (Machover Draw a Person Test), pacientul exprimă interes pentru desen şi acceptă sugestia de a frecventa cabinetul de psihologie clinică din cadrul LSM, unde, timp de 38 luni, realizează, în context psihoterapeutic, un număr de peste 200 desene (reproduceri după model, reproduceri din imaginaţie, compoziţii).

Indisponibilitatea unor lucrări anterioare îmbolnăvirii fac imposibile aprecierile comparative asupra eventualelor modificări de tehnică şi stil ; se pare, totuşi, că preocupările artistice sistematice au lipsit. Cu atît mai mult surprinde perseverenţa cu care pacientul frecventează (1—2 ori/lună) serviciul din ambulator unde îşi realizează lucrările.

Preferă reproducerile după model (62% din producţii) — de cele mai multe ori după albume de artă, mărci poştale, fotografii —, model pe care îl „interpretează, îl deformează, ignorîndu-i ansamblul şi semnificaţia iniţială, „decupează“ detalii ; uneori lucrarea ia aspectul de „vitraliu spart“ sau preia stereotip imaginea în mai multe planşe.

Reproducerile din imaginaţie şi compoziţiile abordează, cu cea mai mare frecvenţă, peisajul — unul insolit, foarte adesea fără forme de viaţă, natura fiind sugerată de arbori uscaţi şi frunze care cad ; construcţia este rigidă, schematică, cu tendinţă la stilizare.

Peisajul stradal este dezolant, abundă intersecţiile (ambivalenţă ?), vehiculele circulă (sau staţionează ?) fără a fi conduse, lipsite de pasageri.

Personajelor, atunci cînd apar, le ignoră detaliile feţei, orbitele rămînînd goale ; frecvent, siluetele par suspendate, cu capete „de pasăre“ şi lipsite de mîini. În scenele de familie, mama este personajul redat cu o grijă sporită, respectîndu-i-se, într-o mai mare măsură, fizionomia facială. În majoritatea cazurilor figurile masculine includ trăsături de autoportret, iar cele feminine prezintă un aspect android.

Animalele sînt privite cu simpatie de către pacientul-autor, în special — calul şi cîinele, pe care le reia în diverse ipostaze şi cărora, în contrast cu figurile umane, nu le lipsesc ochii.

De cele mai multe ori, autorul-pacient nu se introduce, explicit, în desen şi nici nu se plasează într-un unghi care să sugereze situarea într-un plan apropiat ; în peste 90% din cazuri oferă privitorului o vedere dintr-un plan superior şi îndepărtat ; absenţa perspectivei se adaugă aspectului similar producţiilor infantile sau primitive.

În 63% din cazuri desenul ocupă întreaga planşă ; tuşa este nesigură, cu tendinţa la mîzgîleală ; combinaţiile cromatice sînt bizare, reci.

Autointitularea lucrărilor are, de cele mai multe ori, un caracter convenţional, pueril (ex. : „cîinele — prietenul omului“, „calul drag“, discul solar înscrie cuvîntul „soare“ ş.a.).

Lipsesc compoziţii cu conţinut oniric, de inspiraţie delirant-halucinatorie ; de altfel, autorul-pacient preferă ideile concrete, utilizării celor abstracte („concret picture“).

Materialul, prin conţinutul şi forma sa, oferă numeroase elemente ce concordă cu datele din literatură, expresia grafică traducînd procesualitatea hipotimică discordantă diferenţiată clinic prin coexistenţa corelată a sindroamelor : solipsist, negativist şi disnoic.

În cazul studiat, lucrările executate în intervalele de timp apropiate internărilor (3 internări în primele 24 luni de lucru) au un caracter mai bizar, mai pronunţat regresiv, subliniind semnificaţia diagnostică a virajului.

După ultima internare, urmează un interval de remisiune de 15 luni (interval superior, prin durată şi calitate, tuturor remisiunilor anterioare). Contextul în care au fost obţinute aceste rezultate (nu omitem nici faptul că s-au administrat şi preparate-depozit) pledează pentru contribuţia eficientă a artterapiei ca formă de psihoterapie ocupaţională (catarsis. conştientizarea trăirilor conflictuale, stimularea valenţelor integrative restante) — de altfel, unul dintre motivele pentru care arta schizofrenilor alimentează preocupările îndreptate spre studiul psihopatologiei expresiei.

On the basis of the commentary upon the artistic production (over 200 drawings made within a period of 38 months) belonging to an young schizophren attended at the Mental Health Laboratory, the authors join the idea (widely supported in the literature of this kind) that the study of the pathoplastic activity is pointing out useful elements from the both psycho-diagnostical and psychotherapeutical points of view.

INTERFERENȚE CLINICE ÎNTRE EPILEPSIE ȘI SCHIZOFRENIE

Virginia Fortună, M. Șelaru
— *Iași*

Pacientul P. Gh. de 23 de ani, absolvent al Liceului pedagogic din Iași, necăsătorit, un patru internări în Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" Iași, fiind în evidența spitalului din toamna anului 1976.

Pacientul, de constituție leptosom atletică provine din mediul rural, fiind primul născut din cei 8 copii ai familiei. În antecedentele personale patologice se notează rujeolă și parotidită epidemică. Nu-și amintește să fi suferit vreun traumatism cranian. Antecedente eredo-colaterale nesemnificative. Dezvoltarea psihomotorie bună pînă în primii ani de liceu. Din acea perioadă — cînd pacientul avea aproximativ 15 ani — datează primele semne ale afecțiunii sale psihice. În timpul orelor, pentru o perioadă scurtă i se întîmplă să nu fie atent ; în acel timp în mintea pacientului se derulează rapid imagini din copilărie, sub forma unor trăiri ecmnezice. Sînt rare aceste „reverii" cum le denumește pacientul, încît nu-l supără prea mult și nu se adresează medicului. Tot în perioada liceului pacientul începe să devină un însingurat, izolîndu-se de cei din jur, avînd preocupări filozofice sterile, abstracte, păstrînd o aparență meditativă. Reușește totuși să termine liceul cu o medie foarte bună și este repartizat ca învățător la o școală generală din Iași, în toamna anului 1975. Urmează perioada satisfacerii stagiului militar (1975—1976), fiind repartizat la o unitate de grăniceri. Aici nu reușește să fie la unison cu camarazii săi, „reveriile" sînt din ce în ce mai frecvente, încep să apară și tulburări de gîndire sub forma unui flux ideativ tumultuos ce amintește mentismul, tulburări ce apar brusc, sînt de scurtă durată, dispar brusc, dar se repetă din ce în ce mai des, aceste fenomene îngreuind și mai mult adaptarea pacientului la viața militară.

În toamna anului 1976 își începe activitatea de învățător, făcînd naveta Bîrnova—Iași. La o lună și jumătate de activitate, în noiembrie 1976 — se internează în Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" Iași pentru prima dată, cu o simptomatologie asteno-depresivă. Totuși, la internare, se consemnează în foaia de observație : discret autism. În pofida unei bune inserții socioprofesionale, pacientul declară totuși unele dificultăți în îndeplinirea obligațiilor de învățător. La această primă internare se efectuează un *traseu EEG* ce arată : *ritm alfa ascuțit ; în urma activării prin HIP în T stîng cîteva sectoare de polivîrfuri ascuțite hipervoltate* (nr. 5564/12.X.76). Rămîne în spital cîteva zile, urmînd să continue ambulatoriu tratamentul tonifiant indicat. Se reinternează la 3 zile de la externare pentru : astenie, amețeli, tulburări de somn, scăderea capacității de concentrare. Solicită intens tratament — notează medicul de gardă — pentru că se consideră bolnav de „schizofrenie". În cursul internării sînt notate în foaia de observație perioade scurte de absență. A prezentat de asemenea o contractură a membrului superior drept care a durat cca 30 min. și care a cedat la administrarea de fenobarbital și fenitoin. În cursul acestei internări se efectuează două trasee EEG. Primul traseu (6174) evidențiază *după activarea prin hiperpnee numeroase unde theta, iar în FT, mai ales drept, foarte rare sectoare de unde lente cu aspect sinusoidal și polimorf (3—4 c/sec. și 200/uV).*

A urmat tratament cu cașete anticomițiale (3 cașete/zi) și trifluoperazin (2 f/zi), apoi cu sol. ASFA 10 ml/zi, doză ce s-a menținut 35 de zile. S-a continuat cu ASFA cașete a 0,50 g timp de încă 35 zile, în ziua a 33-a primind o fiolă de moditen. Continuă tratamentul cu fenobarbital 12 zile 2 tb/zi și fenitoin 3 tb/zi, precum și cu cașete ASFA 3 g/zi — timp de 10 zile.

Se externează ameliorat, reluîndu-și activitatea de învățător.

Pînă în octombrie 1977, nu se mai internează în Spitalul „Socola" Iași. În octombrie 1977 este adus cu Salvarea într-o stare de agitație psihomotorie accentuată, cu o ținută vestimentară neglijentă, fiind incoerent, confuz, prezentînd un delir fragmentar cu conținut religios. Ce a dus la această stare a pacientului ? O serie de stimuli afectivi cu conținut negativ (o ceartă cu conducerea școlii deoarece făcuse pionieri pe toți elevii clasei sale, fără a ține cont de situația lor școlară) l-au determinat să părăsească brusc școala și să plece de la Iași spre Vaslui pe jos. Pe acest drum — pe fondul unei tulburări de conștiință — percepe o scenă cu caracter dinamic, de inspirație religioasă. Odată cu clarificarea cunoștinței (ce a avut loc în spital), pacientul și-a amintit simptomatologia psihotică din perioada de stare. În cursul acestei a treia internări, pacientul prezintă o dispoziție tristă, are idei delirante cu conținut religios. În evoluție se notează perioade foarte scurte (de cîteva secunde) de absență. Nu s-a efectuat traseu EEG în cursul acestei internări. A urmat tratament cu haloperidol (3 fiole/zi), precum și cu vitamine din complexul B și C. Se externează în decembrie 1977, starea sa psihică permițînd să se stabilească în acea perioadă diagnosticul de psihoză discordantă stabilizată cu defect. S-a recomandat la externare schimbarea profilului activității. Pacientul a fost ulterior încadrat pedagog la școala din Budăi.

Între lunile decembrie 1977 și octombrie 1978 (data ultimei internări în spital) pacientul își desfășoară activitatea ca pedagog, nu reușește să facă față sarcinilor ce-i revin, comportamentul discordant și delirant se accentuează, astfel încît conducerea școlii este nevoită să ceară reinternarea sa. Pacientul este internat de urgență pentru o stare de agitație psihomotorie cu un comportament bizar, cu disociație ideo-afectivă, delir de persecuție și mistic.

În foaia sa de observație — la evoluție — se notează că pacientul vrea să se călugărească, în care scop își lasă barbă și păr lung, cîntă cîntece bisericești, citește cărți bisericești, nu comunică cu cei din jur, pentru ca apoi să devină apatic, indiferent. Are preocupări abstracte, nefolositoare, evită complet anturajul feminin. Gîndirea este disociată, cu baraje şi stereotipii frecvente; se notează prezenţa delirului mistic, delir nesistematizat, pe care însă pacientul nu încearcă să-l inducă celor din jur, ci numai îl enunţă. Vorbirea este uneori incoerentă, pretenţioasă. Dispoziţie disforică. Apatic, abulic, apragmatic. Nu se mai notează absenţe, halucinaţiile nu s-au mai repetat. Este orientat temporo-spaţial. Lipsit de discernămînt critic asupra propriei persoane şi a interrelaţiilor sociale. Prezintă dificultăţi marcate de inserţie socio-profesională, motiv pentru care a şi fost propus pentru pensionare.

Examenele EEG efectuate în cursul acestei ultime internări evidenţiază: primul (7336) *traseu spontan şi după activare medicamentoasă (Pentotal) în limite normale;* al doilea (8316) în timpul activării *prin hiperpnee, în toate derivaţiile, dar mai ales FT bilateral, numeroase unde lente cu aspect sinusoidal şi polimorf (3 c/s şi 300 μV) şi complexe vîrf-undă degradate.*

Iniţial a urmat tratament cu levomepromazin 6 cp/zi, haloperidol 3 f/zi, tonice generale; începînd cu data de 30 noiembrie face tratament numai cu ASFA timp de o lună şi jumătate.

La externare se remarcă o ameliorare a stării pacientului în sensul că este mai comunicativ, au dispărut perioadele de absenţă, dar rămîne pe prim plan elementul delirant cu tematică mistică, delir pe care îl comunică după mare insistenţă celor din jur, persistă dificultăţile de inserţie socio-profesională.

DISCUŢII

In concluzie, este vorba de un pacient care s-a dezvoltat normal pînă la vîrsta de 15 ani, vîrstă la care începe să prezinte perioade foarte scurte de absenţă, la care se adaugă apoi tulburări mnezice — trăiri la modul ecmnezic, tulburări de gîndire sub formă de flux ideatic tumultuos ce aminteşte mentismul. Este o personalitate introvertită în premorbid. Constituţional — leptosom atletic. De-a lungul existenţei pacientului, începînd de la 15 ani pînă în momentul internării (la vîrsta de 21 ani), deci în decurs de aproximativ şase ani — se evidenţiază o serie de tulburări psihice, accentuate în mare parte şi de efortul pacientului de a se adapta la viaţa socio-profesională, tulburări psihice ce amintesc de epilepsie, cît şi de schizofrenie.

Pentru epilepsie pledează o serie de manifestări cu caracter net critic (cum ar fi absenţele, criza psihosenzorială ce a determinat a treia internare, paroxismele psihice epileptice ca tulburările de gîndire cu flux ideativ tumultuos amintind mentismul, tulburări mnezice — trăiri la modul ecmnezic, precum şi acţiunea cu caracter net impulsiv ce s-a impus pacientului cu o forţă irezistibilă şi care a dus la plecarea sa intempestivă spre Vaslui, pe jos). Tot pentru comiţialitate ar pleda şi manifestările temporare intercritice — delirul cu componentă religioasă, tulburările dispoziţiei.

In sfîrşit, pacientul prezintă tulburări psihice permanente, reunite sub forma unei psihoze cronice.

La aceste date clinice se adaugă examenele EEG repetate, care precizează un fond comiţial.

De remarcat că modificările specifice comiţialităţii sînt evidenţiate de hiperpnee; activarea medicamentoasă cu Penthotal nu le evidenţiază.

De asemenea, lipsesc elementele specifice care să ne permită să afirmăm modificările de personalitate de tip epileptic; acestea sînt prezente fragmentar.

Focarul temporal evidenţiat EEG permite de la început să se presupună existenţa clinică a tulburărilor psihice, existînd deci o concordanţă clinico-eeg.

Din evoluţia clinică se remarcă faptul că odată cu dispariţia manifestărilor clinice paroxistice în urma tratamentului cu ASFA, pe primul plan rămîn tulburările psihice permanente, fapt ce confirmă fenomenul de „balans" citat în literatură, existent între manifestările psihice paroxistice şi cele permanente.

Tabloul schizofreniform este dat de următoarele elemente: — personalitatea pacientului: introvertit, cu preocupări abstracte, filozofice; — comportamentul bizar (evitarea completă a anturajului feminin); — disociaţia ideo-afectivă a gîndirii cu baraje şi stereotipii; — sindromul delirant-halucinator (dar cu tematică mistică, specifică epilepsiei); — vorbirea pretenţioasă; — manierismul scrisului.

Deoarece pacientul prezintă trasee tipice de comiţialitate, la care se asociază manifestări psihice — ne orientăm spre diagnosticul de epilepsie şi anume, de psihoza epileptică de tip discordant cu delir mistic.

Debutul afecţiunii este grefat de manifestări epileptice, tabloul discordant apare pe parcurs, deci mai întîi a apărut epilepsia.

De ce etiologie este afecţiunea pacientului?

Din anamneza pacientului nu se desprind factori exogeni care să fi determinat ulterior apariţia unui focar epileptogen. S-ar putea presupune că pacientul — ca prim născut — să fi suferit un traumatism cranian în momentul naşterii. care ar fi vizat regiunea temporală (etiologie cunoscută de altfel în literatură). De asemenea, s-ar putea ca ceilalţi membri ai familiei să aibă anomalii de traseu EEG sau chiar manifestări clinice epileptice, elemente pe care anamnestic nu le-am putut evidenţia. Constituţia pacientului — leptosom atletică — ar pleda şi în favoarea epilepsiei, şi în favoarea schizofreniei. Poate că, dacă ar fi fost efectuat cariotipul — ar fi fost date care să aducă lămuriri în această problemă.

Cazul prezentat ne conduce la întrebarea: care sînt relaţiile dintre epilepsie — ca boală predominant endo-exogenă şi schizofrenie — ca boală de natură predominant endogenă?

Relaţia epilepsiei cu alte boli este o problemă importantă a psihiatriei. Este cunoscută ipoteza unui antagonism între cele două afecţiuni, ipoteză formulată de Meduna şi care a stat la baza introducerii terapiei convulsivante în bolile psihice.

De fapt, accesele epileptice pot apare uneori în schizofrenie (Schorsch acceptă posibilitatea apariţiei unor crize comiţiale simptomatice în cadrul defectului schizofrenic), la fel pot apare psihoze cronice schizofreniforme în cursul epilepsiei. Mayer Gross afirmă că sînt extrem de rare cazurile în care nu se poate spune dacă este vorba de epilepsie sau schizofrenie. Un aspect nou în discuţie l-au adus cercetările EEG care au arătat existenţa în schizofrenie a unor modificări bioelectrice similare cu cele din epilepsie (e vorba de cercetările lui Gibbs şi Lennox), mai ales în forma catatonică (Hikl) Pe de altă parte, Kreindler apreciază că a considera pe această bază o înrudire a mecanismelor fiziopatologice constituie o greşeală, deoarece se atribuie semnelor eeg o specificitate pe care nu o au.

Furstenberg, Jus, Ciudanovski, Kreindler arată predilecţia manifestărilor psihotice cronice pentru formele focale şi mai ales temporale de epilepsie, faptul că simptomele apar după un interval destul de lung de la debutul manifestărilor paroxistice, cît şi aspectul lor clinic suficient de atipic pentru schizofrenie.

Prima descriere a psihozelor epileptice de tip schizofreniform este făcută de Giese în 1914, care raportează un număr de 14 cazuri.

După 14 ani, Krapf revede cazurile publicate în literatură, considerînd că simptomatologia schizofreniformă se poate interpreta ca o deformare reactivă a realităţii determinată de modificările personalităţii şi raportează la rîndul său încă 6 cazuri.

Bleuler însuşi în tratatul său asupra schizofreniei arată că diagnosticul diferenţial dintre schizofrenie şi epilepsie este mai dificil, deoarece crizele epileptice nu sînt atît de rare la bolnavii schizofreni. Tot Bleuler arată că paroxismele epileptice se pot produce în cursul oricăror altor boli, dar că ceea ce este caracteristic epilepsiei este repetiţia crizelor şi modificarea psihică caracteristică bolii.

E. Feuchtwanger şi W. Mayer-Gross descriu relaţiile dintre traumatismele cranio-cerebrale şi schizofrenie la un număr de 23 bolnavi, dintre care la 9 bolnavi epilepsia a apărut la 3 ani după traumatism. Tabloul clinic al bolii era predominant paranoid în 6 cazuri, catatonic în 3 cazuri. Traumatismele în aceste cazuri erau fie frontale, fie temporale.

H. H. Jasper — studiind EEG la 82 bolnavi de schizofrenie descrie cazul unei bolnave de schizofrenie paranoidă ce suferea de crize epileptice mioclonice.

F. Ervin şi colab. constata că dintr-un număr de 42 bolnavi cu vîrfuri temporale pe EEG erau schizofreni într-un număr de 81% din cazuri.

S. Ohuchida raportează un număr de 42 bolnavi de epilepsie cu simptomatologie psihică schizofreniformă. După modalitatea de instalare a simptomatologiei psihice, autorul împarte bolnavii în mai multe grupe. În prima grupă — ideile de persecuţie s-au format pe baza trăsăturilor senzitive ale personalităţii, cu bradipsihie, vîscozitate şi explozivitate, tabloul clinic fiind dominat de trăsături epileptice ale personalităţii. În a doua grupă au apărut simultan atît crizele epileptice, cît şi simptomele psihice schizofreniforme, tulburările halucinator-delirante şi catatonice asociindu-se cu tulburările de tip paroxistic ; în grupa a treia, sindromul schizofreniform se asocia cu o simptomatologie organică. În grupa a patra simptomatologia epileptică se asocia şi coexista cu cea schizofrenică.

H. Lenz, studiind alterăriile EEG în psihozele epileptice, depresii şi schizofrenie, constată că la bolnavii la care schizofrenia se asocia cu epilepsia, pe EEG apăreau complexe vîrf-undă în regiunea T stg. După opinia autorului, asupra naturii epileptice atrage atenţia periodicitatea în apariţia stărilor psihotice, prezenţa relativ frecventă a halucinaţiilor vizuale, rarele tulburări de schemă corporală şi modificările discrete ale conştiinţei.

E. Slater, A. W. Beard, pe un număr de 69 bolnavi de epilepsie cu tablou clinic schizofreniform arată că cel mai frecvent este întîlnită forma paranoidă.

G. Kury şi S. Cobb raportează cazul unei bolnave de epilepsie la care boala a debutat la 29 de ani şi care de la 33—40 ani prezintă decompensări psihotice de tip delirant, cu o durată de 2—3 luni. După 40 de ani tulburarea psihotică devine permanentă şi are un caracter schizofreniform.

P. Benedetti, M. Ammaniti, G. C. Dezza şi M. Maidani consideră că psihozele epileptice acute evoluează cu tulburări de conştiinţă şi simptomatologie polimorfă, în timp ce psihozele cronice pot avea un tablou schizofreniform şi în care delirul apare secundar, dezvoltîndu-se din episoadele acute. Toate simptomele în psihozele epileptice cronice sînt fragmentare, elementare, conţinutul delirului are o simptomatologie monotonă în care predomină ideile de persecuţie, mistice sau megalomaniace uneori absurde, halucinaţiile fiind legate de delir.

V. N. Favorina subliniază că în evoluţia epilepsiei genuine la o serie de bolnavi apar psihoze îndelungate care evoluează fără alterări ale conştiinţei, dar avînd un tablou schizofreniform. Autoarea consideră că asemenea particularităţi de manifestare a epilepsiei apar la acei bolnavi la care în decursul evoluţiei boala se însoţeşte, alături de crize rare şi de episoade afective confuzionale cu o structură diferită. Observaţia clinică a permis să se afirme că simptomatologia catatonică ar apare în special la bărbaţi, în timp ce simptomatologia halucinatorie cronică delirantă schizofreniformă ar apare mai mult la femei. Fenomenele catatonice în raport cu vîrsta de apariţie sînt mai precoce, în timp ce aspectele delirante apar mai tardiv. Autoarea consideră că tablourile clinice ale epilepsiei cu îndelungi psihoze „lucide“ „aminteşte“ prin caracterul său evolutiv de stările terminale ale schizofreniei.

Ceea ce se cuvine subliniat în evoluţia clinică a epilepsiei schizofreniforme este că, spre deosebire de schizofrenie în care se înregistrează o tendinţă către stabilitate mai mult sau mai puţin exprimată, în psihozele epileptice cronice această tendinţă nu poate fi evidenţiată.

Coexistenţa trăsăturilor epileptice cu cele de tip schizofrenic este complexă, totuşi se remarcă faptul că, chiar în prezenţa crizelor trăsăturile personalităţii (caracterului) epileptice sînt mai atenuate, tabloul clinic fiind dominat de solipsism, lipsă de iniţiativă şi activitate, indiferentism, apatie, care înainte de debutul bolii nu- erau particulare bolnavului.

E. N. Kameneva arată că la unii din bolnavii epileptici cu tablou schizofreniform a găsit în antecedentele eredo-colaterale trăsături premorbide schizoide de caracter, dar în alte observaţii aceste trăsături nu au putut fi evidenţiate.

Unii autori subliniază caracterul intensităţii procesului patologic, dar această teorie se bazează pe concepţia registrelor a lui Kraepelin, după care cea mai puternică acţiune urmează să implice cele mai profunde registre (epileptiforme), iar cea mai slabă pe cele halucinator paranoide care se află mai la suprafaţă.

Trăsăturile schizofreniforme se observă uneori şi în psihozele epileptice acute, dar sînt mascate de tulburările de conştiinţă. Datele de mai sus contrazic concepţia lui Meduna privind deplinul antagonism dintre schizofrenie şi epilepsie, antagonism care este însă parţial.

L. L. Rohlin şi colab. arată că în ce priveşte relaţiile dintre schizofrenie şi epilepsie deşi a trecut un secol de cînd a fost formulată această problemă, persistă încă numeroase necunoscute, deoarece nu se face în primul rînd delimitarea nosologică între epilepsia boală şi epilepsia simptomatică, iar pe de altă parte deoarece unii autori lărgesc cadrul nosologic al schizofreniei. Pe de altă parte se constată că unii psihiatri abordează aspectul fenomenologic, supraevaluînd elementele generale şi comune celor două boli sub aspect exterior, dar diferite în ceea ce priveşte esenţa şi geneza lor. Autorii subliniază că în evoluţia ambelor boli pot surveni acţiunile secundare ale atitudinilor terapeutice şi în special electroşocul şi neurolepticele incisive, care pot să modifice evoluţia clinică a bolilor.

L. L. Rohlin şi colab. arată că în epilepsie sindromul delirant, spre deosebire de cel din schizofrenie. apare sub forma banală a delirului de relaţie, pe fondul unei degradări intelectuale caracteristice epilepsiei. Sindromul parafrenic în epilepsia cronică este primitiv, limitat, lipsit de strălucirea, bogăţia, bizareria şi slogismul acut al sindromului schizofrenic sau a celui din parafrenie.

Din sindromul catatonic, L. L. Rohlin analizează stuporul care, spre deosebire de schizofrenie, în epilepsie se însoţeşte de trăiri extatice, uneori avînd o coloratură mistic-religioasă.

Aşgian şi Popoviciu au făcut cercetări asupra unor relaţii dintre epilepsie şi sindroamele schizoide, arătînd că în epilepsia temporală pot să apară destul de des perturbări ale stării de conştiinţă care realizează aspecte clinice asemănătoare schizofrenei, manifestările putînd avea o desfăşurare episodică fie în perioadele post-accesuale, fie în perioadele intercritice, fie constituind însuşi conţinutul accesului epileptic temporal.

Lucrările lui Sager, Ionăşescu, Cincă, Csicky descriu aspectele electroclinice ale acestor sindroame schizoide din cadrul epilepsiei temporale, atribuindu-le un determinism lezional temporal unilateral, bilateral sau chiar un determinism lezional subcortical, cu localizare în trunchiul cerebral.

Şi Şcoala de psihiatrie de la Spitalul „Socola" şi-a adus contribuţia la studiul relaţiilor existente între schizofrenie şi epilepsie.

Astfel, P. Brânzei, M. Şelaru studiind dinamica I^{131} şi P^{32} în schizofrenie, au obţinut o serie de date care atestă parabiotizarea structurilor encefalice la aceşti bolnavi.

Studiul dinamicii P^{32} a arătat că la bolnavii de schizofrenie cronicizată se remarcă o tendinţă de reechilibrare a metabolismului fosforului, dar la un nivel mai scăzut, ceea ce indică hiporeactivitatea funcţională a acestor bolnavi.

S-a efectuat, de asemenea, stimularea encefalică prin electroşoc şi s-a constatat că aceasta determină, de regulă, o acumulare mai crescută de P^{32} în creier, fenomene care nu se observă în mod evident la bolnavii cronicizaţi.

Toate aceste date au condus la concluzia că există o tulburare profundă a metabolismului fosforului la bolnavii cu schizofrenie, arătîndu-se totodată şi caracterul de gravitate în funcţie de evoluţia bolii. S-a ajuns la concluzia că apariţia sindroamelor convulsive în cadrul schizofreniei sau a sindroamelor schizofreniforme în cadrul epilepsiei ţine de o perturbare metabolică cerebrală care creează condiţiile parabiotizării particulare a unor structuri diferite şi mai ales reticulotalamice.

Date fiind mecanismele fiziopatologice diferite de instalare şi întreţinere a procesului morbid pe un fond evident encefalodistrofic prin abiotrofie cerebrală, rămîn în suspensie numeroase probleme privind relaţia dintre schizofrenie şi epilepsie, probleme care converg spre un punct comun plurivalent probabil, totuşi în modalităţile de instalare a suferinţei cerebrale, ceea ce nu exclude mecanisme diferite de instalare diferenţiată a abiotrofiei, dar, de asemenea, nu sînt excluse participări encefalice care să mimeze simptomatologia clinică epileptică în condiţiile leziunilor polului anterior temporal sau subcortical cerebral.

Acestea ar explica nu numai veritabilele epilepsii cu tablou fiziopatologic de schizofrenie, ca şi formele clinice de manifestare a schizofreniei cu tablou clinic şi encefalografic de epilepsie, aceasta cu atît mai mult cu cît, în plan clinic apare în mod evident perturbarea „melodiei kinetice" a limbajului oral şi scris, ca şi tulburarea „melodiei kinetice fine" de desfăşurare a gîndirii, însoţite EEG de „charpe weuwes" şi „chappy rithms", grafoelemente patologice ce pretează la confuzii cu epilepsia, dar care sînt strict particulare schizofreniei.

De aceea, se pare că afirmarea sau infirmarea diagnosticului de epilepsie şi schizofrenie cere nu numai o extrem de avizată analiză clinică, psihopatologică a interrelaţiilor diferenţiale dintre cele două boli, dar concomitent apare necesitatea unei aprofundări corelative pluridimensionale a însăşi explorărilor de laborator. Oricît de întinse şi de vaste ar fi implicaţiile relaţiilor dintre cele două boli, determinantă rămîne, se pare, totuşi, experienţa clinică şi terapeutică, urmărirea în timp cu cunoaşterea simultană a implicaţiilor atît de diverse şi caleidoscopice pe care le implică universul morbid în cazul unor suferinţe encefalice atît de manifeste cum sînt schizofrenia şi epilepsia şi cu consecinţe uneori atît de dramatice în ceea ce priveşte disoluţionarea personalităţii umane.

SINDROAME SCHIZOFRENIFORME POSTTRAUMATICE

M. Şelaru, L. Ballif, C. Borza
— *Iaşi*

Traumatismele cranio-cerebrale şi sechelele lor mai îndepărtate pot duce la tulburări psihice, care impun uneori diferenţierea de schizofrenie. În sprijinul acestui diagnostic diferenţial vine anamneza, simptomele deosebite de cele ale schizofreniei, ca şi cercetările electroencefalografice şi pneumoencefalografice.

H. Wardaszko (1966) studiază un număr de 53 bolnavi de schizofrenie şi simptomatică schizofreniformă după traumatisme cranio-cerebrale şi arată că legătura dintre sindroamele schizofrenice şi traumatismul cranio-cerebral sînt diferite. Bolnavii pe care autorul i-a studiat au fost împărţiţi în trei grupe.

În prima grupă au fost 5 bolnavi la care traumatismul a avut loc după debutul schizofreniei, tabloul clinic nefiind o simplă sumare a simptomelor schizofrenice şi psihoorganice. Prin modificările sferelor emoţionale, bolnavii au devenit mai sintoni.

În a doua grupă erau 12 bolnavi la care boala posttraumatică în evoluţia ei a căpătat caracterul tabloului clinic schizofreniform. Sindroamele delirante, halucinator-paranoide şi altele au apărut după 3—16 ani de la traumatism şi erau legate de factori nefavorabili supraadăugaţi (situaţii traumatizante, factori somatici, perioade de involuţie). Postterapeutic aceste fenomene s-au remis.

În grupa a treia au fost cuprinşi un număr de 36 bolnavi la care traumatismul a apărut ca factor determinant în dezvoltarea procesului schizofrenic la care s-a evidenţiat apariţia unei simptomatologii schizofrene cu caracter maximal cît şi axial.

P. B. Gannuşkin (1914) arată că sindromul schizofrenic se observă în cele mai diverse afecţiuni psihice.

A. B. Alecsandrovski (1937) consideră că orice afecţiune cerebrală, în anumite condiţii poate să debuteze cu o simptomatologie schizofrenică, deşi nu poate reproduce boala ca afecţiune în sine.

V. V. Pişcinghin (1954) presupune că schizofrenia poate apare în meningoencefalitele de diferite etiologii, sifilis, echinococoză, leziuni vasculare cerebrale, encefalită reumatică şi rujeolică, leziuni cerebrale traumatice etc.

V. A. Ghiliarovski (1936, 1938) a prezentat observaţii asupra dezvoltării psihozelor de tip schizofrenic la bolnavii suferind de encefalită epidemică, sifilis cerebral şi la bolnavii cu paralizie generală progresivă la care s-a aplicat malarioterapia.

L. I. Liberman (1963) subliniază că rolul traumatismelor cranio-cerebrale în apariţia schizofreniei, în modificarea evoluţiei şi tabloului clinic al procesului schizofrenic este clarificat într-un număr mare de cercetări. Totuşi, concluziile la care ajung autorii sînt destul de contradictorii, ceea ce probabil ţine de dificultăţile metodice care apar în prelucrarea acestei complexe şi pînă în prezent nerezolvate probleme.

Kraft-Ebing R. (1868) publică o monografie consacrată tulburărilor psihice survenite după traumatismele cranio-cerebrale. Tulburările psihotice descrise de autor se raportează la manie, psihoze depresive, schizofrenie, psihoze paranoide.

K. Bonhoeffer (1903) descrie un caz de psihoză catatonică apărută posttraumatic şi care a fost vindecată după efectuarea unei trepanaţii craniene.

A. Meyer (1904) discută dependenţa psihozelor posttraumatice de anatomia creierului.

J. Berger (1915) ocupîndu-se de interrelaţiile dintre traumatisme şi psihoze le clasifică astfel : psihoze traumatice în sensul limitat al cuvîntului, psihoze asociate cu epilepsie, alte psihoze organice, psihoze funcţionale, psihoze urmînd, în particular, tipul traumei.

G. Riggenbach (1929), menţionînd că nu există un tablou clinic uniform al psihozelor posttraumatice distinge următoarele cinci alternative în ce priveşte compensarea : traumatismul poate fi singura cauză a psihozei ; poate fi suferit de o persoană fragilizată prin factori endogeni sau exogeni ; poate crea o predispoziţie pentru tulburări psihice tardive ; poate agrava o psihoză deja existentă ; traumatismul poate fi o consecinţă a unei psihoze preexistente.

R. Neustadt (1930) subliniază că pentru medicul psihiatru poate apare frecvent tendinţa de a privi psihozele posttraumatice ca schizofrenie.

K. Kleist (1934) subliniază că simptomele asemănătoare halucinaţiilor datorate stimulării elementare corticale sînt frecvente în psihozele după traumatismele cranio-cerebrale, totuşi nu atît de frecvente ca simptomele motorii cortico-epileptice.

E. Mapother (1937) aprecia că nu există o statistică asupra apariţiei tulburărilor psihice după traumatismele cranio-cerebrale. În general, statisticile oficiale, chiar în Franţa şi Germania arată că frecvenţa psihozelor în general şi a schizofreniilor în particular, sînt comparabile cu cele din populaţia generală, ca şi printre invalizii cu traumatisme cranio-cerebrale. Există opinia printre experţi că cu excepţia demenţelor cauzate prin traumatisme cranio-cerebrală severe, traumatismul cranian prin el însuşi, nu ar determina apariţia vreunei psihoze. Desigur, aceasta ar fi prea bine să fie adevărat. Tendinţa generală la o atitudine negativă faţă de etiologia traumatică a schizofreniei, de exemplu, derivă din opinia care mai există încă, că acest sindrom este specific. Autorul compară acest sindrom cu epilepsia : la fel ca epilepsia, schizofrenia este numele unui sindrom şi varietatea idiopatică este numai cea mai comună printre multe altele. În schizofrenie şi în psihozele paranoide posttraumatice, unele tendinţe pentru asemenea boli sînt evidenţiate şi adesea ele încep imediat după traumatism. Cel mai frecvent totuşi, aceste tendinţe nu se observă şi boala începe abia după luni de zile, după traumatism, la fel ca în epilepsie. În stările acute psihoza se vindecă, dar în stările prelungite ea devine cronică, la fel ca în epilepsie.

E. Feutchwagner, W. Meyer-Gross (1938) cred că frecvenţa schizofreniei nu era mai mare în rîndul celor cu traumatisme cranico-cerebrale, în comparaţie cu populaţia generală, în timp ce frecvenţa psihozelor schizofreniforme ar putea fi mai mare; astfel, existenţa unei conexiuni între traumatism şi psihoză ar putea fi adus în cazurile în care psihozele încep în legătură cu o criză epileptică. Psihozele schizofrenice încep adesea între 2—5 ani după traumatism şi a fost imposibil să se identifice vreo localizare particulară cerebrală, în cazurile în care mai tardiv a apărut schizofrenia.

G. Elsässer (1956) consideră că psihozele endogene nu sînt mai frecvente printre traumatizaţi cranio-cerebrali în raport cu populaţia generală. Numai dacă psihozele schizofreniforme sînt luate în considerare, atunci merge o apreciabilă diferenţă. G. Elsässer a putut evidenţia doar 26 cazuri raportate în literatură, cînd o psihoză endogenă a putut fi atribuită traumatismului. După opinia sa, se poate confunda compensarea cu o psihoză maniaco-depresivă dacă ea începe imediat după traumatism. Consideraţii pot, de asemenea, fi făcute cu privire la psihozele asociate cu epilepsia şi la halucinoze, cînd nici un alt simptom psihotic nu este prezent.

T. Lidz, J. R. Goy (1942) se ridică împotriva tulburărilor organice ale gîndirii şi a asimilării acestora cu schizofrenia.

C. A. Bonner, L. E. Taylor (1936) descriu 50 cazuri de psihoze posttraumatice care au debutat după traumatismul cranio-cerebral. Majoritatea acestor psihoze au apărut în cursul primului an după traumatismul cranio-cerebral.

H. P. Hoeschel, R. Walch (1941) descriu 5 cazuri de psihoză maniaco-depresivă posttraumatică, 4 dintre ele avînd o istorie familială pozitivă.

K. A. Achté, E. Hillbon, V. A. Alberg (1972) au examinat un număr de 3 552 subiecţi cu traumatisme cranio-cerebrale din timpul războiului din 1939—1945. Pacienţii psihotici au reprezentat 357 (8,9%) în raport cu cei 3 552 cu traumatisme cranio-cerebrale descrise (42% din 3 552); erau afectaţi de epilepsie 44,2%, iar dintre cei cu traumatisme cranio-cerebrale închise numai 20,3%. În afară de aceasta, 9,9% dintre bolnavi aveau crize care ar putea fi epileptice. Afazia a fost prezentă în 8,9% (era de 16,1% în traumatismele cranio-cerebrale deschise şi 3,7% în cele închise). Psihozele schizofrenice au reprezentat 24% din cele 317 psihoze şi 21,4% din cei 3 552 bolnavi; urmează psihozele paranoide (70) reprezentînd 22% din totalul psihozelor şi 2,0% din total, după care urmează epilepsia (56) adică 17,7% din totalul psihozelor şi 1,3% din totalul celor traumatizaţi. Psihozele afective au reprezentat 37 (11,7% din totalul psihozelor şi 1% din totalul de 3 552 pacienţi).

În ceea ce priveşte psihozele schizofrenice, acestea sînt cele mai frecvente printre cei cu traumatisme cranio-cerebrale medii, decît printre pacienţii cu traumatisme cranio-cerebrale severe. Aceasta sugerează că factorii independenţi de traumatism joacă un rol decisiv. Se pare că un traumatism cranio-cerebral nu poate prin el însuşi cauza schizofrenia. Prin slăbirea eu-lui pacienţilor este posibil să se producă dezvoltarea schizofreniei la ani sau decade după război. Pacienţii care mai tîrziu au devenit schizofreni erau mai tineri decît media răniţilor.

Cea mai mare proporţie dintre cei care aveau sub 20 ani în momentul rănirii au devenit schizofreni, în comparaţie cu cei care au fost răniţi şi aveau vîrsta de 20—34 ani, deveniţi mai tîrziu psihotici; frecvenţa schizofreniei a fost mai mare la această din urmă grupă comparativ cu cei care în momentul traumatismului aveau vîrsta de 35 ani. Din totalul celor care au suferit traumatisme cranio-cerebrale înainte de vîrsta de 20 ani şi au devenit psihotici după război, 56,5% au dezvoltat schizofrenia. O cifră corespunzătoare pentru cei care erau de 35 ani sau peste, cînd au fost răniţi şi au devenit mai tîrziu psihotici erau numai 11,1%. Se naşte ideea că pacienţii care au fost răniţi la o vîrstă tînără au supravieţuit într-o proporţie mai mică la vîrsta de risc a schizofreniei, comparativ cu cei care au suferit traumatismul la o vîrstă mai tardivă.

Pentru ilustrare redăm cîteva observaţii:

Observ. nr. 1. U—D., 32 ani, se internează pe 25.VIII. 1966 cu diagnosticul de sindrom schizoid posttraumatic. În antecedente se remarcă un traumatism cranio-cerebral prin trăsnet în 1950 şi un altul în tren în 1961. Se internează de mai multe ori (1950, 1951, 1961) pentru astenie, insomnii, stare de depresie diagnosticate ca: sindrom reactiv posttraumatic. La ultima internare examenul psihic evidenţiază o demodulare afectivă cu alternare sentimentelor faţă de propria persoană, familie, societate, halucinaţii vizuale, adoptarea unor poziţii bizare cu imobilizare prelungită, limbaj neinteligibil. Procesele de atenţie şi memorie sînt profund deficitare; gîndirea este disociată, cu funcţiile de cunoaştere normale luate separat, dar disociate în contextul gîndirii logice.

Observ. nr. 2. T. M., 22 ani se internează pe 4.XII. 1970 cu diagnosticul de psihoză reactivă posttraumatică cu elemente discordante. Antecendentele personale relevă un traumatism cranio-cerebral asociat cu o fractură a gambei stîngi, în 1969. La două luni de la accident, bolnavul prezintă o stare de inhibiţie cu elemente discordante şi pierderea iniţiativei. Este externat la cererea familiei. După o lună este reinternat, examenul psihic evidenţiind aceeaşi stare de inhibiţie cu elemente discordante; contactul se face greu, vorbeşte şoptit, cu propoziţii scurte, adoptă poziţii în care stă mult timp imobil.

Observ. nr. 3. A. C. se internează pe 26.IV.1962 cu diagnosticul de schizofrenie pe fond de encefalopatie posttraumatică. În antecedente prezintă un traumatism cranio-cerebral. Examenul psihic evidenţiază comunicare dificilă, inactivitate, adinamie, dezorientare temporo-spaţială, interiorizare, lentoare ideatorie manifestă. Păstrează mult timp aceeaşi atitudine. EEG din 5.V. 1962 arată un traseu normal, iar PEG relevă o moderată şi simetrică dilatare ventriculară. Se internează din nou pe 25.VI.1963, examenul psihic evidenţiind tendinţă la vagabondaj, acte antisociale, bradilalie, o marcată stare de irascibilitate, la care se asociază apariţia crizelor comiţiale.

Observ. nr. 4 S. C., 44 ani, suferă în 1957 şi 1958 două accidente de trafic. În 1966 se internează cu diagnosticul de sindrom schizoid posttraumatic. Examenul psihic relevă cefalee. vertije, astenie. Atenţia este păstrată, memoria diminuată, gîndirea logică, coerentă. Manifestă însă indiferentism afectiv faţă de familie şi propria persoană. Prezintă un zîmbet depersonalizat şi acte cu caracter bizar. EEG este normală, în timp ce PEG evidenţiază o atrofie cerebrală frontală şi parientală dreaptă.

Observ. nr. 5. M. N., 57 ani, profesor, se internează în repetate rînduri, începînd din 1942, cu diagnosticul de schizofrenie posttraumatică. În anul 1941 suferă un traumatism cranio-cerebral, urmat de o comoţie cerebrală. Ultima internare în 1970 evidenţiază sindrom paranoid posttraumatic. Afirmă că a scris şi publicat numeroase opere literare : „Evadare în timp şi spaţiu", „Lumina de sub pămînt". Neliniştit. delirant, persecutat-persecutoriu, afirmă că soţia sa l-ar fi denunţat la organele de securitate.

Observ. nr. 6. N. M., 30 ani se internează pe 6.V.1962 cu diagnosticul de encefalopatie posttraumatică cu elemente comiţiale şi sindrom schizofrenic paranoid. Antecendentele personale evidenţiază un traumatism cranio-cerebral în 1958 prin căderea unei bîrne urmat de pierderea cunoştinţei. Examenul psihic : elemente de disimulaţie, comportament bizar, negativism, delir mistic persistent. PEG arată o uşoară dilatare a ventriculului lateral sting. În 1968 se reinternează. Motivul, rănire mortală cu un topor al unui cetăţean. Examenul psihic relevă o interpretare delirantă a faptei sale ; susţine incoerent o serie de justificări contradictorii. Se remarcă disociaţia ideo-afectivă cu absenţa discernămîntului critic asupra implicaţiilor sociale şi morale ale faptei comise, delir de persecuţie, rîs depersonalizat, înstrăinare faţă de propria persoană, tendinţă la izolare faţă de cei apropiaţi (nu merge să-şi viziteze copilul). Delirul este nesistematizat, polimorf, cu idei persecutat-persecutoriu pe care refuză să le dezvăluie. Funcţiile de cunoaştere sînt păstrate în parte dar disociate în contextul gîndirii logice ; verbigeraţie. Expertiza medico-legală îl declară iresponsabil pentru fapta sa.

În concluzie :

— sindroamele schizoide posttraumatice sînt rare dar nu excepţionale ; — predomină forma hebefreno-catatonică cu inexpresivitate, imobilitate, atitudini posturale ciroase, rîs depersonalizat, negativism (4 cazuri) ; — mai rar se întîlneşte forma paranoidă cu delir nesistematizat, verbigeraţie, negativism (1 caz) ; — într-un singur caz evoluţia s-a făcut către un sindrom paranoid propriu-zis.

„CRIZA" PSIHICĂ ŞI INTERVENŢIA ÎN CRIZĂ

Ildiko Kese
— Cluj-Napoca

Noţiunea de „criză" în accepţiunea ei de azi este relativ nouă în psihiatrie. La începutul anilor '30, în perioada marii crize economice şi a şomajului în masă, Arie Queido — a înfiinţat primul serviciu de urgenţă psihiatrică, propriu-zisă, în 1944 Erick Lindemann a fost primul care a dezvoltat tehnica analitică psihoterapeutică a „intervenţiei de criză". În 1964 Gerald Caplan, a arătat în cartea sa intitulată „Principles of Preventive Psychiatry" în ce constau „crizele" psihice, precum şi rezultatele cercetărilor sale privind influienţa lor.

În ceea ce priveşte „criza" există mai multe modele teoretice, ca de exemplu : cibernetice, sociodinamice, psihodinamice sau teoria comunicării. În concepţia psihanalizei, „criza" este suprasolicitarea mecanismului de apărare constituit şi modificarea sa structurală. Behavioriştii vorbesc la modul neutru despre „mecanisme de luptă" — ‚C,oping Mechanisms", iar adepţii teoriei sistemelor, de o solicitare ce depăşeşte capacitatea sistemului de prelucrare. Piaget consideră „criza", ca introducerea unui factor perturbator într-un sistem de echilibru homeostatic, sistem a cărui integrare a constituit mobilul aşa numitei „echilibrări decisive" (echilibration majorante).

După Caplan „criza" este o stare umană în care persoana este nevoită să se confrunte cu condiţii de primejdie, în care ele, sau ameninţătoarea lor apropiere, devine cea mai importantă problemă a sa, în acelaşi timp ea nefiind capabilă la momentul dat nici să evite, nici să soluţioneze problemele prin mijloacele şi capacităţile sale obişnuite. Fără ajutorul corespunzător în „criză" se dezvoltă un cerc vicios, forţele reparative spontane ale persoanei nu sînt capabile să modifice, nici să încetinească procesul, ritmul decompensării devine mai rapid şi este neapărată nevoie de intervenţie din afară. În funcţie de esenţa „crizei", dacă intervenţia se desfăşoară în mod corespunzător, echilibrul psihic perturbat se poate restabili rapid şi cu eforturi relativ reduse. După perturbarea stării de echilibru dintre factorii realităţii exterioare şi organizarea intrapsihică, nu numai mecanismele de apărare ale persoanei funcţionează neadecvat, datorită faptului că individul devine mai influienţabil, el este accesibil şi unei terapii corespunzătoare. Metoda organizată şi dirijată a acestei terapii este „intervenţia de criză".

Corelaţia dintre bolile psihice şi psihosomatice şi factorii socioculturali este bine cunoscută. De asemenea este cunoscut faptul că evenimentele care ating relaţiile interpersonale, pot deveni dominante pentru individ, de exemplu : pierderea unei persoane apropiate sau supravieţuirea unui pericol, ca o „experienţă de criză" declanşează o neuroză vegetativă.

În starea de „criză", referitor la evenimentele mai mult sau mai puţin delimitate — se dezvoltă senzaţia neajutorării, disperării, individul este în faţa unor sarcini de adaptare, de a lua o decizie, dar în acest timp capacitatea de a se rezolva o problemă este depăşită. Concomitent se observă o schimbare a comportamentului, trăirilor.

Dacă încercăm să interpretăm aceste elemente ca un „tot unitar", apare clar esenţa noţiunii de „criză", limitele şi deosebirile faţă de alte noţiuni, ca „psihotrauma", „conflict", „decompensare psihică", „suprasolicitare afectiv-emoţională", etc.

Erikson lărgeşte limitele „crizei" — în care include orice moment crucial al vieţii, orice perioadă de trecere. Face o deosebire între „crize de dezvoltare" (crize biologice), care după el, sînt „crizele naturale" ale existenţei şi „crize accidentale" care sînt legate de anumite evenimente ale vieţii.

Durata maximă a „crizei" după Iacobson ar fi 6—8 săptămîni. În acest interval în lipsa unui ajutor (care poate să fie întîmplător, spontan), se dezvoltă un circuit foarte periculos, aparatul intrapsihic, forţele reparatoare spontane nu sînt capabile pentru întoarcerea procesului şi apare decompensarea procesului ce necesită intervenţie din afară.

Procentul populaţiei în pericol de „criză" este mult mai mare, decît a celor care ajung la psihiatru, la un ajutor de specialitate.

După Katsching, 1/3 din populaţie trece prin „criza" de adaptare, din care 1/10, 1/20 ajung la specialist.

Sursa factorilor sociali care declanşează „criza", după Mischerlich, Kisker, Carnach, trebuie să fie căutată în cultura, subcultura, societata, comunitatea, microclima familială, profesională.

Între factorii precipitanţi ai „crizei" este evidentă predominenţa factorilor subiectivi (60—75% interacţiuni patologice, 20—30% interpretări eronate), numai în 5—10% factorii „obiectivi dăunători" ai anturajului.

Rahe deosebeşte două tipuri de „criză":

a) cele legate de momentele cruciale ale vieţii (căsătorie. naştere, climax, pensionare),

b) cele „traumatice" (moartea unei persoane apropiate, divorţ, eşec social, etc).

Este o împărţire destul de artificială, în care găsim un conglomerat al crizelor biologice, sociale, psihice, dar totodată arată şi complexitatea noţiunii de „criză".

După Klejna, prin testări psihologice pot fi descrise anumite tipuri de personalitate cu un potenţial mai mare de expunere la pericol de „criză" (intelect mai limitat, coeficientul de introversie mai mare, labilitate, autocontrol slab).

Se poate deduce, că mai frecvent sînt expuse la „crize" psihice personalităţile dizarmonice, delicvente, bolnavii psihotici.

Pe plan mondial din ce în ce mai importantă devine problema narcomaniei-drogomaniei (inclusiv a dependenţei de alcool). Aceste persoane în permanenţă sînt în pericol de „criză"; crize psiho-sociale (dizarmoniile familiale, eşecurile profesionale, etc), crizele legate de sevraj, abstinenţă, sau dimpotrivă, de impregnaţie, sau bolile psiho-somatice, cronice.

Putem să generalizăm, că oricare bolnav psihic sau somatic este predispus la pericol de „criză", cînd într-o etapă a vieţii apar trăiri, evenimente noi, greutăţi de adaptare, situaţii „de dilemă", cînd tensiunea psihică domină individul.

Trebuie să subliniem că pericolul de „criză" nu este specific unei boli, sau categorii de boli, poate să apară şi în problematica omului de fiecare zi.

Majoritatea autorilor în psihodinamica „crizei" descriu patru etape:

a) individul este confruntat cu evenimente — probleme noi.

b) individul devine conştient de incapacitatea sa de a rezolva problema, tensiunea emoţională creşte.

c) reacţiile inadecvate creează un adevărat pericol, ceea ce necesită un ajutor din exterior („intervenţia de criză").

d) în lipsa intervenţiei de criză, starea de „criză" poate să se permanentizeze şi personalitatea să se dezintegreze.

Sînt mai multe posibilităţi de rezolvare a „crizei":

a) rezolvarea prin mobilizarea factorilor, forţelor interne.

b) adaptare — compromis.

c) adaptare, ineficientă (nevroză, psihopatizare).

d) prăbuşire-suicid.

Prognosticul ulterior este în funcţie de dinamica, evoluţia crizei, personalitatea premorbidă, evoluţia bolii, influenţa factorilor de mediu.

Rezultatul oricărei „intervenţii de criză" depinde de faza în care o sesizăm şi cum concepem „criza". Eforturile terapeutice sînt centrate asupra problemei acute, informaţiile referitoare asupra evenimentelor precedente crizei sînt importante din punct de vedere al prognosticului.

Sînt cele mai acceptate psihoterapiile scurte, intensive, aşa-zise „focus-terapie" (Balint M.). Dacă structura personalităţii, nivelul intelectului, sau situaţia în sine nu permite psihoterapia instrumentală, cu metodică condiţionată, pot fi obţinute rezultate cu metode psihoterapeutice necondiţionate, asociate de chimioterapie sau alte metode terapeutice active.

Abordarea psihoterapeutică a bolnavului în „criză", trebuie să fie o metodă de prim ajutor, ţinta fiind anxietatea, neliniştea sau, dimpotrivă apatia-resemnarea, lipsa de speranţă.

Din partea terapeutului se pretinde o înaltă toleranţă de frustraţie, empathie, ca şi însuşirea unor noţiuni de psihopatologie, fiziopatologie, şi psihofarmacologie.

Psihoterapia şi chimioterapia nu sînt alternative în terapia de „criză", ci componente echivalente ale tratamentului.

În chimioterapia „crizei" apar trei modalităţi:

a) chimioterapia devine primară în anumite situaţii (panică anxioasă);

b) chimioterapia se include ca parte organică a terapiei;

c) chimioterapia intervine doar prin efectul „placebo".

Experienţa internaţională de pînă acum arată că cele mai bune premise pentru „intervenţia de criză" sînt asigurate de instituţiile care nu sînt rupte de comunitate, cum ar fi: „Menthal Health Centre" — din SUA; şi altele asemănătoare din Europa.

În marea majoritate aceste centre se ocupă de bolnavi ambulatori, cu ajutorul serviciului telefonic „Cry For Help", dar în mod obişnuit ţin de ele şi spitale de zi, ateliere de ergoterapie. Aceste instituţii pot fi considerate ca şi o formă intermediară între tratamentul ambulatoriu şi în staţionar. Ele funcţionează în colaborare cu colectivităţile deschise, cu psihiatrul practician şi cu clinicile de psihiatrie. În legătură cu acestea în ambele sensuri există un fel de sistem „tampon" — „puffer". Prin acest rol de „puffer", crizele acute sînt tratate cu elasticitate, ambulatoriu, evitîndu-se internarea în clinică, oferindu-se ajutor prin mijloace de reabilitare speciale (Spitale de zi, ergoterapie, cluburi pentru bolnavi).

In „intervenţia de criză", psihiatrul trebuie să fie ajutat de psiholog, sociolog. asistenţi sociali, voluntari.

Din cele expuse reiese caracteristicile esenţiale ale intervenţiei de „criză" ; — este o intervenţie rapidă, pentru a nu depăşi faza de labilitate favorabilă ; — integrală, pentru a nu îngloba întreaga arie psihosocială relevantă (familie, şcoală, loc de muncă) ; — o muncă specifică de „team" între medici, surori, asistenţi sociali, ergoterapeuţi ; — aproape în toate cazurile este posibilă prin aplicarea unor metode combinate (chimio-psiho-socioterapie), maximum de eficienţă realizîndu-se în condiţii de viaţă normale, în colectivitate.

The psychical „crisis" state, is a specific psychopatological episoade, wich needs a acute intervention, „crisis" intervention.

As definition of the „crisis" state we propose to accept the Caplan's definition.

In the present study we strees on the importance of the determinants and triger elements, psychodinamics and evolution, and necessity of organisation of the „crisis" intervention, like a rapid, specific integral intervention, founded on the triade psycho-chemo-social-therapy.

It is necessery a competent therapeut with large psychopatological and phisio-patological knowleges, linked to special personality character (empathie, large frustration tolerance, a.s.o.).

SUICIDUL ŞI PROBLEMATICA SA ACTUALĂ ÎN PSIHIATRIE

Aurelia Sîrbu, Lia Glodan, E. Cosman
— *Cluj-Napoca*

Suicidul în general, reprezintă un fenomen complex, fiind legat atît de structura persoanei, cît şi de mediul şi cultura în care s-a dezvoltat şi trăieşte. El reprezintă o importanţă socială, o urgenţă psihiatrică şi medico-chirurgicală. Cauzele care au determinat apariţia şi dezvoltarea acestui comportament de autosuprimare la bolnavii internaţi şi trataţi pentru tentative de suicid, sînt extrem de variate şi au fost întotdeauna acompaniate de o încărcătură emoţională negativă în special dominată de tristeţe, anxietate, disperare, de incapacitate adaptativă faţă de multiplele solicitări, o deteriorare a sistemului de valori al individului. Dorinţa de moarte survine la orice depresiv şi reprezintă un fapt real, „Kielholz". Suicidul cum de altfel este cunoscut îl întîlnim într-o mulţime de boli psihice, delirele cronice hipocondriace, melancolia, epilepsia, demenţele, schizofrenia, în stările onirice toxice şi infecţioase.

Datele clinico-statistice obţinute de la cazurile internate în cursul anului 1978, ne arată frecvenţa crescută a suicidului la alcoolici urmată de nevroze. Astfel din cei 549 alcoolici internaţi, frecvenţa tentativei de suicid a găsit-o în 7,4%, din care ponderea decisivă 6,7% la cazurile provenite din mediul urban faţă de 0,7% din rural. Frecvenţa maximă am întîlnit-o la bărbaţi între 41—50 de ani, iar la femei între 30—40 de ani. Suicidul ca expresie a unei depresii survine mai ales după 30 de ani, pentru ca după 50 de ani numărul tentativelor scade, iar al suicidului împlinit creşte vertiginos.

Astfel putem afirma, că tentativele întîlnite la tineri constituie doar un semnal de alarmă pentru cei din jur, în timp ce la vîrsnici demonstrează renunţar a la orice ajutor este o plecare într-o lume la care ei nu mai apelează. Ca mijloace folosite, majoritatea, respectiv 26% au fost realizate prin ingerare voluntară de medicamente (diazepam, ciclobarbital, bromoval, etc.) asociate şi potenţate de consumul de alcool.

Această cifră mare se explică prin uşurinţa procurării medicamentelor şi a caracterului politoxicoman al alcoolicului, ştiut fiind că ei recurg adesea la tranchilizante pentru a-şi corecta tulburările de somn, iritabilitatea, indispoziţia. Un alt mijloc frecvent folosit este prin armă albă, respectiv venisecţie, accidente de circulaţie rutieră sau C.F.R. strangulare, electrocutare şi într-un caz am întîlnit ingerare voluntară de soluţie toxică organo-fosforică, cel în cauză fiind în stare de ebrietate.

Semnalăm faptul, că recidivele întîlnite sînt mult mai periculoase şi mai grave decît mijloacele folosite iniţial, de exemplu : prin strangulare sau electrocutare, după ingestie de băuturi alcoolice în doze mari şi produse la un interval variabil între 6 luni pînă la un an, de la prima tentativă, săvîrşite întotdeauna în afara spitalului. Alcoolemiile recoltate la internare a bolnavilor au oscilat între 1,61—3,10‰. Motivarea tentativelor, a fost legată de conflicte familiale, insuccese profesionale, retrogradări, penalizări, absenţe nemotivate, detenţii în antecendente, însingurare prin decesul unuia din soţi, mai ales la vîrstnici peste 60 de ani, traume psihice, decepţii sentimentale la tineri, căsnicii distruse la vîrstele mature. Frecvenţa suicidului este legată şi de crizele biologice, (pubertate, climax, graviditate), sau insomnii de lungă durată, etc.

In ce priveşte problematica personalităţii premorbide, datele statistice relevă prezenţa psihopatiei în proporţie de 65% manifestată prin cei trei „I" impulsivitate, iritabilitate, imaturitate psiho-afectivă. Fragilitatea construcţiei psihice este de o mare permeabilitate afectivă şi imaturitate afectivă evidenţiată prin instabilitate. Această situaţie determină un sentiment de insecuritate şi vulnerabilitate ce are drept consecinţă deznădejdea şi depresia.

Terapia este complexă, diferă de la caz la caz şi depinde de numeroşi factori. Prin riscul vital pe care-l prezintă, reclamă o intervenţie de urgenţă şi o îngrijire intensivă şi specifică. Precizia datelor rezultate din anamneză coroborate cu explorările biologice şi de laborator reprezintă baza reală pentru un tratament implicat pentru cele trei perioade acut, de ieşire din urgenţă, subacut de consolidare a primelor rezultate şi parcurgerea perioadei de abstinenţă. Tratamentul prelungit împleteşte mijloacele chimio-terapice cu cele psihoterapice pentru o resocializare într-o ambianţă, care să ofere căldură afectivă, siguranţă şi control pentru a preveni dubla recidivă posibilă, reluarea consumului de alcool şi repetarea tentativei de suicid.

În concluzie : orice tentativă de suicid este o urgenţă care prezintă două aspecte principale, salvarea vieţii bolnavului şi înlăturarea sechelelor psihice sau organice ce pot fi cauzate de mijloacele sau metodele prin care individul a încercat să-şi pună capăt existenţei sale. Indiferent la ce mijloace terapeutice se face apel, este necesar să subliniem că locul principal în salvarea şi recuperarea acestor bolnavi este ocupat de psihoterapie care poate îmbrăca forma individuală sau de grup. În al doilea rînd est necesar să-l ajutăm pe bolnav să înţeleagă şi să considere sinuciderea ca pe un comportament antipersonal şi antisocial generat de o anumită tulburare psihopatologică apărută sub influenţa unor factori nefavorabili, pe care e bine să-i cunoaştem şi să-i analizăm împreună cu bolnavul pentru a putea descoperi, care din ei au cea mai mare încărcătură tensional afectivă, care a descurajat bolnavul încît s-a decis să renunţe la propria existenţă. Trebuie să-l ajutăm să depăşească situaţiile critice găsindu-şi noi speranţe şi o ieşire spre o existenţă socială demnă de un om care ştie să învingă greutăţile. Este bine să încadrăm în această psihoterapie şi persoane din cei apropiaţi — familie sau colegi de muncă ai bolnavului. Pe măsură ce sugestibilitatea bolnavului creşte va trebui să-l ajutăm să-şi cristalizeze cît mai clar în conştiinţă rostul său în viaţă. Obţinerea şi realizarea de către bolnav a senzaţiei de linişte psihică, uşurare, înseninarea conştiinţei şi apariţia de noi speranţe, reprezintă de fapt momentul în care se realizează transferul afectiv dintre bolnav şi terapeut, foarte important act al psihoterapiei, deoarece bolnavul începe să-şi proiecteze speranţele spre viitor. Pentru aceasta e bine ca terapeutul să cunoască viaţa bolnavului, idealurile sale, ţelurile şi caracterul lui pentru ai putea fi de ajutor nu numai pe moment, împotriva suicidului, ci şi un sfătuitor înţelept şi binevoitor. Întrucît recidivele în suicid se întîlnesc destul de frecvent, este absolut necesar să organizăm şi o activitate cu caracter psihoprofilactic şi psihoigienic. Încadrarea într-un program terapeutic de recuperare, dispensarizare prin LSM, pentru consolidarea primelor rezultate şi pentru a obţine o platformă stabilă de prevenţie a eventualelor recidive ulterioare.

The suicide represents a complex phenomenon, beeing related to a person psychical structure as well as the cultural milieu in which he (or her) evolved and lives. It presents a major social importance, a psychiatric and medico-surgical urgency.

The statistical clinical data, obtained from interned cases, show an increased suicide frecquency for the alchoolic patients, followed by those presenting neurosis. Thus, among 549 alchoolics interned during 1978, the suicide attempt frecquency was 7.4%, from which 6.7% represented urban patients and only 0.7% rural patients. The maximum frecquency was presented by male patiets between 41 and 50, and female patients between 30 and 40 years of age.

Ouside the hospital, the relapses were more dangerous and happened between 6 months and 1 year from the first suicide attempt. The alchoolemies taken at the internation time varied between 1.61—3.15‰.

The content of the premorbid personality points out the presence of a psychopaty in 65% of the cases.

Any suicide attempt is an urgency which presents two principal aspects : the rescue of the patient's life and the removal of the psychic or organic „sechelles" caused by the means or methods used by the individual to take his own life. A principal role in the rescue and recovery of these patients in occupied by psychotherapy.

ACTUL SUICIDAR ÎN PERSPECTIVĂ MOTIVAŢIONALĂ. CONCEPTUL DE AMBIVALENŢĂ

Irene Talaban, Cornelia Lazăr, C. Bogdan, O. Simu
— *Bucureşti*

Considerăm că, atît din punctul de vedere al cunoaşterii suicidului ca o conduită în sine cît şi din acela al posibilităţilor preventive, motivaţia este un element fundamental, însuşi procesul adaptării legîndu-se în principal de motivaţie (înţelegem prin adaptare scopul general valabil al oricărui comportament uman, ca răspuns final la un anumit „de ce", indiferent de calitatea sa conştientă sau inconştientă, constructivă sau destructivă, umanizată sau non umanizată. In genere cîmpul motivaţional specific unui individ se organizează în funcţie de dinamica structurală a insului iar realizarea acestui cîmp se face într-un registru de nuanţe dat de manevrarea structurală a conţinuturilor suprastructurale. Între stucturile generale, arhetipale, pulsionale, individuale ale unei persoane şi structurale generale, arhetipale, pulsionale ale unei situaţii (împrejurări, mediu) se stabilesc combinaţii, pozitive sau negative, cu un anume grad de probabilitate ; aceste combinații se constituie în unități motivaționale pentru actele de conduită, subiectul nerealizînd decît parțial esența respectivei motivații. Așadar sensul constructiv sau destructiv al motivației este dat de calitatea (probabilitatea mai mare sau mai mică) a unei combinații în relația Eu (self-image) — Lume (alter-image). Combinațiile de rezonanță negativă constituie materialul pentru formarea ideii de renunțare. Interesant este că o structură pulsională nu capătă o semnificație specific renonciativă prin raportare la lumea obiectelor exterioare ci prin raportare la sine ; deși manifestarea potențialului pulsional apare ca un comportament de renunțare la investiția în orice obiect, este vorba de o paradoxală ierarhizare a renunțării : renunțînd la a mai căuta obiectul exigențelor sale persoana renunță la propriile conținuturi care îi determină exigențele pentru că în stratul profund al psihismului ea rămîne fidelă acelei părți din identitatea proprie, parte ce reprezintă obiectul idealizat imposibil de găsit (trăit ca imposibil). În acest sens a căuta obiectul ideal (mental) nu revine la o conduită exagerată ci la o conduită de autenticizare, persoana simțind sau conștientizînd că relația sa cu un alt obiect decît cel corespunzător (receptiv) la identitatea proprie este o relație insecurizantă atît pentru sine cît și pentru acest al doilea obiect. Acceptînd o relație care neagă logica internă a structurii sale insul intră într-un cîmp de incertitudini a cărui concentrare va atinge maximum după o perioadă de funcționare, fapt ce diminuează progresiv potențialele energetice pînă la actul suicidal. Viața este un proces intraindividual complex doar în măsura în care este trăit ; ideea de viață implică o detașare de procesul în sine, conținutul ei devine concret, se obiectivează, în evenimente, situații, împrejurări, trecute sau așteptate ; ea își află expresie, la un moment dat, în ansamblul fenomenic al lumii exterioare și la această lume va renunța persoana, în convingerea sa că exigențele proprii se raportează minim la exigențele lumii, recte ale vieții ; din infinitudinea cazurilor posibile insul nu poate decide cazurile favorabile, este deci pus în imposibilitatea consumului de energie ceea ce conduce la imposibilitatea asimilării de energe ; tendința la acțiune ca motivație general umană convertită în dorințe, aspirații, interese, etc., impregnate afectiv, nu-și mai află o finalitate specifică în sensul că întreg cîmpul obiectivărilor posibile nu mai satisface cîmpul motivațional ce acoperă respectiva tendință la acțiune. Eul nu mai formulează aspirații sau le refulează puternic, persoana nu mai are conduita așteptării în intensitate optimă ; paralel se produce o încărcare distimic-agresivă ; cum tendința la acțiune se retrage de pe dimensiunea exteriorizării obiectul descărcării agresiunii devine individul însuși, situația exterioară nefiind cu necesitate puternic conflictuală : cînd există un lanț cauzal cu puternice verigi structural-pulsionale, avînd o mișcare de la exterior la interior, o frustrare minoră dinamizează elementele astfel înlănțuite, finalizînd în tentativa suicidală. Între ideea de renunțare și actul suicidal se interpune strategia unei programări inverse a posibilităților de alegere pe o direcție de adaptare negativă în timp.

În ansamblul situațiilor existențiale ce alcătuiesc linia ontogenetică de dezvoltare a insului, o conduită majoră, implicată în orice alt tip de conduită, este conduita alegerii ; astfel motivația este în primul rînd o motivație a unei alegeri din cîmpul soluțiilor posibile structurat la diferite nivele de ambiguitate. Adoptarea deciziei conține în subsidiar problematica majoră a Eului — ambivalența structurală sau radicală. Noi am stabilit experimental că există tipuri de ambivalență în cadrul fiecărei structuri, la diverse nivele de constituire a persoanei. Considerăm ambiguitatea, ambivalența și alegerea (triada AAA) ca vectori esențiali atît ai Eului cît și ai obiectului cu care Eul intră în relație, orice relație fiind o relație de reciprocitate. Definim o structură ca fiind radical ambivalentă dacă reacțiile factorial-pulsionale (a căror expresie manifestă apare în diferite conduite) sînt fie pozitive fie negative, ceea ce semnifică fie admiterea fie respingerea de către eu a anumitor conținuturi ; ambivalența radicală se relevă prin mai multe profile pulsionale cumulate (cel puțin 5) și ea exprimă gradul cel mai mare de indecizie internă ; relația cu obiectul se angajează dificil, persoana pendulează între fixare și detașare, probabilitatea de reificare a obiectului mental tinde către zero (comentariu).

Motivația actului suicidal se ramifică în principal pe trei direcții : intelectualizarea sau raționalizarea (conștientizarea) unor factori endo-psihici pulsionali favorizanți, fapt ce depinde de dinamica structurală a insului ; dezechilibru de durată în sistemul adaptativ biaxial (dimensiunea Inconștient—Conștient și dimensiunea Ego-Alter ; relația dintre motivația latentă și motivația manifestă, locul inserției acestei relații în sistemul biaxial de mai sus) ; problematica majoră a Eului — ambivalența radicală — care implică profund conduita alegerii.

Există patru stadii ale structurii pulsionale după criteriul ambivalenței :

1. Stadiul ambivalenței radicale (ambivalența de structură) ; 2. Stadiul ambivalenței premanifest-manifest (exprimată prin formula coeficientului tensiunilor de tendințe Ctt) ; 3. Stadiul ambivalenței premanifeste ; 4. Stadiul reacției de descărcare.

Precizăm că primul stadiu este terenul de predilecție al conduitei suicidare. Nu putem afirma cu certitudine (nu avem încă date experimentale suficiente pe această direcție) în ce măsură, exact, recidiva suicidară poate fi înlăturată ; considerăm însă că un mijloc de elecție ar fi o psihoterapie individuală în cadrul căreia relația terapeutică să remobilizeze capacitățile de investiție energetică ale persoanei către un cîmp obiectual care să solicite cîmpul trebuințelor identității persoanei (orice relație fiind de reciprocitate, se pune problema interexperienței). Psihologic vorbind structura nu poate fi esențial modificată, un potențial autodestructiv nu se poate anihila, el poate însă căpăta sensuri și expresii comportamentale care să nu ducă la autodestructivitate integrală. Am defini actul suicidal ca rezultatul unui raport între două identități (sisteme) : dinamica intraindividuală și dinamica extraindividuală operînd reciproc asupra conținuturilor aflate la diferite nivele de constituire a persoanei și la diferite nivele de constituire a lumii.

CONSIDERAŢII PRIVIND INCIDENTA SUICIDULUI ÎN SPITALUL CLINIC DE PSIHIATRIE „SOCOLA“ IAŞI ÎN PERIOADA 1959—1979

P. Brânzei, Virginia Fortuna, C. Borza, M. T. Lăudat
— *Iaşi*

Ideea sucidului figurează ca o idee universală, pe care au avut-o aproape toţi oamenii, odată sau de mai multe ori în cursul existenţei lor, mai ales în perioada dificilă a adolescenţei sau la senescenţă, ori cu ocazia unor evenimente nefericite sau a unor conflicte penibile (doliu, ruptură sentimentală, diverse eşecuri etc.). Manifestarea verbală a ideii suicidare este o reacţie foarte frecventă, dar care nu angajează cu nimic, iar trecerea la act rămîne destul de rară şi supusă diverşilor factori. pe primul loc între aceşti factori aflîndu-se indiscutabil patologia mintală. Indiferent însă de factorii ce l-au determinat, suicidul este un act grav şi irecuperabil al existenţei umane. După datele OMS, în diverse ţări ale lumii se citează 14 pînă la 37 sinucideri la 100 000 locuitori, la o sinucidere reuşită revenind 4—7 tentative. Suicidul ar reprezenta a treia sau a patra cauză de mortalitate — după ţară — urmînd cancerului, bolilor cardio-vasculare şi accidentelor de circulaţie.

Din punct le vedere psihopatologic, suicidul este o autodistincţie specifică, o reacţie comportamentală de tip antisocial, ideea ce implică factorul individual, instinctiv şi cauze psihopatologice specifice ca delirul, stările obsesivo-fobice, melancolie etc.

Dacă la indivizii normali potenţialul autoagresiv este mascat, deturnat sau controlat de individ şi grupul său social, la tipurile de existenţă psihopatologică el creşte, scăpînd de sub autocontrolul frenator şi de sub controlul normelor sociale. Majoritatea autorilor acceptă că dacă suicidul tineretului este un semnal de alarmă pentru cei din jur, cu vîrsta pericolul de suicid creşte şi devine mai serios, sinuciderea bătrînului fiind o acceptare benevolă de a pleca dintr-o lume la care el nu mai apelează. Suicidul rămîne totuşi expresia unei atitudini de singularizare, determinate de un conflict a cărui durată. intensitate şi condiţionare sînt esenţial subiective. Diversitatea situaţiilor înscrise în comportamentul suicidar are semnificaţia semiologică a perturbărilor instinctivo-emoţionale ale personalităţii, de analgezie afectivă psihopatică şi depresie reactivă, pînă la hipertimia dureroasă melancolică şi demenţe cu anularea instinctului vital.

G. Deshaies arată că se pot admite la bolnavi mintali, global, 20% propensiuni suicidare şi 10% sinucideri. Acelaşi autor observă că reacţia suicidară este cu atît mai frecventă, cu cît boala comportă mai ales depresiune timică, anxietate. impulsivitate. Invers. suicidul este cu atît mai rar, cu cît personalitatea este mai inconsistentă (debilitate mintală. imbecilitate) sau mai deterioraă (demenţă).

În determinismul sinuciderii — după majoritatea autorilor ar interveni :

— psihozele în proporţie de 52,2%;
— nevrozele în proporţie de 23,2%;
— alte tulburări psihice în proporţie de 21,8%.

Forma gravă a comportamentului suicidar se găseşte în melancolia anxioasă, cu strîmtorarea cîmpului de cunoştinţă şi fixaţia unei menomanii de culpabilitate şi autoacuzare. De fapt preocuparea de săvîrşire a sinuciderii constituie o trăsătură de fond pe tot parcursul procesualităţii hipertimice anxioase, realizarea actului funest fiind parţial blocată de masivitatea anxietăţii care induce comportamentul abulic, astfel încît raptusul suicidar se produce frecvent în faza de intrare sau ieşire din accesul psihotic acut. Unele medicamente timoanaleptice utilizate în tratamentul melancoliei, pot ameliora comportamentul abulic înainte de remisiunea anxietăţii, favorizînd astfel sinuciderea, atunci cînd bolnavul nu este asistat în mod corespunzător.

Stările depresive, care ocupă primul loc în morbiditatea psihiatrică, posedă un înalt potenţial suicidar şi constituie astfel stări de urgenţă psihiatrică.

Datele statistice nu oferă o cifră exactă a riscului de sinucidere în cursul depresiilor. Studii catamnestice efectuate pe o durată de 10 pînă la 30 ani (Slater. 1938, Lange-Luddecke, 1941, Lundquist 1945. Stenstedt 1952, Altman şi Friedmann, 1962), permit evaluarea riscului de 10—15% sinuciderii reuşite la maniaco-depresivi, din care 3—5% la femei, vîrsta fiind în jur de 50 de ani, predominenţa masculină explicîndu-se prin frecvenţa eşecurilor la femei.

După H. Lehmann (citat de Q. Debray), depresiile survin cu o frecvenţă de 3—4% în cadrul populaţiei generale. 1 din 5 bolnavi care suferă de depresie necesită asistenţă medicală. Se citează o reuşită la 200. Stările depresive sînt de două ori mai frecvente la femei, iar frecvenţa lor creşte cu vîrsta.

Kielholtz (1965) relevă necesitatea stabilirii cît mai rapide a tendinţelor antisociale ale depresiilor, mai ales că în aceste stări — după majoritatea autorilor — gîndul morţii ar fi prezent la toţi bolnavii. motiv pentru care autorul recomandă o discuţie sinceră şi deschisă pe această temă, fiind de părere că este necesară internarea în spital şi tratarea de urgenţă a tuturor depresiilor la care sînt prezente ideile autolitice.

Trebuie să remarcăm şi faptul că toate măsurile de precauţie din spital care amintesc sau suscită ideea suicidului sînt riscant de sugestive.

Tanatofilia poate să apară de asemenea în cursul unor psihosindroame neuroendocrine, a procesului de îmbătrînire şi îndeosebi în cursul narcofiliilor.

După datele din literatură, schizofrenia manifestă tentative suicidare în proporţie de 10%, reuşite fiind 2% (observate mai ales în faza predemenţială). De asemenea se notează sinucideri în stările demenţiale, în care riscul devine mai puţin intens odată cu progresarea procesului demenţial (3%). Pentru epileptici s-a constatat un procent de 17% sinucideri, 12% din sinucigaşi sînt alcoolici, iar 1% oligofreni.

CONSIDERAȚII PRIVIND INCIDENTA SUICIDULUI ÎN SPITALUL CLINIC DE PSIHIATRIE „SOCOLA“ IAȘI ÎN PERIOADA 1959—1979

P. Brânzei, Virginia Fortuna, C. Borza, M. T. Lăudat
— *Iași*

Ideea sucidului figurează ca o idee universală, pe care au avut-o aproape toți oamenii, odată sau de mai multe ori în cursul existenței lor, mai ales în perioada dificilă a adolescenței sau la senescență, ori cu ocazia unor evenimente nefericite sau a unor conflicte penibile (doliu, ruptură sentimentală, diverse eșecuri etc.). Manifestarea verbală a ideii suicidare este o reacție foarte frecventă, dar care nu angajează cu nimic, iar trecerea la act rămîne destul de rară și supusă diverșilor factori, pe primul loc între acești factori aflîndu-se indiscutabil patologia mintală. Indiferent însă de factorii ce l-au determinat, suicidul este un act grav și irecuperabil al existenței umane. După datele OMS, în diverse țări ale lumii se citează 14 pînă la 37 sinucideri la 100.000 locuitori, la o sinucidere reușită revenind 4—7 tentative. Suicidul ar reprezenta a treia sau a patra cauză de mortalitate — după țară — urmînd cancerului, bolilor cardio-vasculare și accidentelor de circulație.

Din punct de vedere psihopatologic, suicidul este o autodistincție specifică, o reacție comportamentală de tip antisocial, ideea ce implică factorul individual, instinctiv și cauze psihopatologice specifice ca delirul, stările obsesivo-fobice, melancolie etc.

Dacă la indivizii normali potențialul autoagresiv este mascat, deturnat sau controlat de individ și grupul său social, la tipurile de existență psihopatologică el crește, scăpînd de sub autocontrolul frenator și de sub controlul normelor sociale. Majoritatea autorilor acceptă că dacă suicidul tineretului este un semnal de alarmă pentru cei din jur, cu vîrsta pericolul de suicid crește și devine mai serios, sinuciderea bătrînului fiind o acceptare benevolă de a pleca dintr-o lume la care el nu mai apelează. Suicidul rămîne totuși expresia unei atitudini de singularizare, determinate de un conflict a cărui durată, intensitate și condiționare sînt esențial subiective. Diversitatea situațiilor înscrise în comportamentul suicidar are semnificația semiologică a perturbărilor instinctivo-emoționale ale personalității, de analgezie afectivă psihopatică și depresie reactivă, pînă la hipertimia dureroasă melancolică și demențe cu anularea instinctului vital.

G. Deshaies arată că se pot admite la bolnavi mintali, global, 20% propensiuni suicidare și 10% sinucideri. Același autor observă că reacția suicidară este cu atît mai frecventă, cu cît boala comportă mai ales depresiune timică, anxietate, impulsivitate. Invers, suicidul este cu atît mai rar, cu cît personalitatea este mai inconsistentă (debilitate mintală, imbecilitate) sau mai deteriorağ (demență).

În determinismul sinuciderii — după majoritatea autorilor ar interveni :

— psihozele în proporție de 52,2% ;
— nevrozele în proporție de 23,2% ;
— alte tulburări psihice în proporție de 21,8%.

Forma gravă a comportamentului suicidar se găsește în melancolia anxioasă, cu strîmtorarea cîmpului de cunoștință și fixația unei menomanii de culpabilitate și autoacuzare. De fapt preocuparea de săvîrșire a sinuciderii constituie o trăsătură de fond pe tot parcursul procesualității hipertimice anxioase, realizarea actului funest fiind parțial blocată de masivitatea anxietății care induce comportamentul abulic, astfel încît raptusul suicidar se produce frecvent în faza de intrare sau ieșire din accesul psihotic acut. Unele medicamente timoanaleptice utilizate în tratamentul melancoliei, pot ameliora comportamentul abulic înainte de remisiunea anxietății, favorizînd astfel sinuciderea, atunci cînd bolnavul nu este asistat în mod corespunzător.

Stările depresive, care ocupă primul loc în morbiditatea psihiatrică, posedă un înalt potențial suicidar și constituie astfel stări de urgență psihiatrică.

Datele statistice nu oferă o cifră exactă a riscului de sinucidere în cursul depresiilor. Studii catamnestice efectuate pe o durată de 10 pînă la 30 ani (Slater. 1938, Lange-Luddecke, 1941, Lundquist 1945. Stenstedt 1952, Altman și Friedmann, 1962), permit evaluarea riscului de 10—15% sinuciderii reușite la maniaco-depresivi, din care 3—5% la femei, vîrsta fiind în jur de 50 de ani, predominența masculină explicîndu-se prin frecvența eșecurilor la femei.

După H. Lehmann (citat de Q. Debray), depresiile survin cu o frecvență de 3—4% în cadrul populației generale. 1 din 5 bolnavi care suferă de depresie necesită asistență medicală. Se citează o reușită la 200. Stările depresive sînt de două ori mai frecvente la femei, iar frecvența lor crește cu vîrsta.

Kielholtz (1965) relevă necesitatea stabilirii cît mai rapide a tendințelor antisociale ale depresiilor, mai ales că în aceste stări — după majoritatea autorilor — gîndul morții ar fi prezent la toți bolnavii, motiv pentru care autorul recomandă o discuție sinceră și deschisă pe această temă, fiind de părere că este necesară internarea în spital și tratarea de urgență a tuturor depresiilor la care sînt prezente ideile autolitice.

Trebuie să remarcăm și faptul că toate măsurile de precauție din spital care amintesc sau suscită ideea suicidului sînt riscant de sugestive.

Tanatofilia poate să apară de asemenea în cursul unor psihosindroame neuroendocrine, a procesului de îmbătrînire și îndeosebi în cursul narcofiliilor.

După datele din literatură, schizofrenia manifestă tentative suicidare în proporție de 10%, reușite fiind 2% (observate mai ales în faza predemențială). De asemenea se notează sinucideri în stările demențiale, în care riscul devine mai puțin intens odată cu progresarea procesului demențial (3%). Pentru epileptici se constată un procent de 17% sinucideri, 12% din sinucigași sînt alcoolici, iar 1% oligofreni.

Lucrarea îşi propune să studieze incidenţa cazurilor de suicid în Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" Iaşi, în perioada 1959—1979.

Din totalul de 166 521 pacienţi internaţi în această perioadă, 16 pacienţi s-au sinucis în cursul internării (0,009% sau 9 la 100 000 sau 0,6 la 100 000/an). Din aceşti bolnavi 7 (0,004%) au fost femei şi 9 bărbaţi (0,005%). Pe grupe de vîrstă situaţia se prezintă astfel:

SEX	Grupe de vîrstă						
	20	21—30	31—40	41—50	51—60	61—70	71—80
Fem.	—	—	3 42%	2 28%	1 14%	1 14%	
Masc.	1 11%	1 11%	2 22%	2 22%	2 22%	—	1 11%

După mediul din care provin, repartiţia este următoarea: 50% provin din mediul urban, 50% din mediul rural.

Din cei 16 pacienţi, 5 erau la prima internare, 2 la a II-a internare, 4 la a III-a internare, 3 la a patra internare, 1 la a VI-a internare, 1 la a opta internare.

După diagnostic, cazurile se repartizează astfel: melancolie anxioasă — 8 cazuri (50%); manie coleroasă cu elemente confuze — 1 caz (6,2%); schizofrenie paranoidă — 1 caz (6,2%); parafrenie — 1 caz (6,2%); psihopatie cicloidă cu decompensări melancolice — 1 caz (6,2%); suspect neurolues — 1 caz (6,2%); melancolie de involuţie — 2 cazuri (12,5%); melancolie pe fond ASC — 1 caz (6,2%).

Se observă deci că depresiile endogene şi involutive reprezintă majoritatea (62%).

La 5 din cei 16 bolnavi se remarcă şi tentative autolitice anterioare.

Actul suicidar a avut loc în 4 din cazuri în primele 2—3 zile de la internare, în 6 din cazuri în primele 4—5, 6 zile de la internare, în restul cazurilor la peste 2 săptămîni de la internare. Ora la care s-a produs actul autolitic pentru 7 din cazuri a fost între 2 şi 4, restul de 9 s-au sinucis în cursul după-amiezii.

Ca mijloace tanatogene, în majoritatea cazurilor (15) s-au folosit mijloace mecanice atît la bărbaţi, cît şi la femei, într-un singur caz fiind vorba de intoxicaţie voluntară cu organo-fosforate.

Din datele expuse mai sus rezultă că în perioada 1959—1979 în Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" Iaşi, s-au produs un număr relativ mic de sinucideri — raportat la totalul de peste 150 000 internări (0,009%). Se remarcă predominenţa sexului masculin. La sexul masculin repartiţia pe grupe de vîrstă este egală pentru decadele 3—6 de viaţă (cîte 11%). Pentru sexul feminin, în 70% din cazuri actul autolitic s-a produs între decadele a 3-a şi a 5-a de viaţă, 42% reprezentînd procentul sinuciderilor la femei în decada a 4-a a existenţei.

Se remarcă de asemenea predominanţa depresiilor în cadrul diagnosticului de internare. Depresiile endogene şi de involuţie reprezintă aproximativ 68% din totalul cazurilor, fiind urmate de depresiile de origine organică şi schizoafective (cîte 12%), depresia din cadrul psihopatiei cicloide (6,2%) şi de manie coleroasă cu elemente confuzive (6,2%). La 1/4 din aceşti bolnavi se notează tentative autolitice anterioare.

Ora folosită de pacienţi pentru finalizarea actului funest atrage de asemenea atenţia. În majoritatea cazurilor sinuciderea a avut loc în perioade de relativă acalmie în serviciile clinice (spre dimineaţă sau după-amiaza, în timpul programului de somn de după-amiază). De asemenea remarcăm faptul că sinuciderile s-au produs fie în cursul primelor zile de internare şi mai ales la pacienţi aflaţi la prima internare (deci puţin cunoscuţi în serviciu) sau la două săptămîni şi peste de la internare, atunci cînd medicaţia administrată a ridicat inhibiţia psihomotorie, anxietatea reziduală fiind cea care a dus la reuşita tentativei autolitice. Atrag atenţia mijloacelor folosite de pacienţi în vederea îndeplinirii scopului propus, atît pentru femei, cît şi pentru bărbaţi — în majoritatea cazurilor — acestea fiind reprezentate de ştrangulare prin spînzurare. Ca entităţi nozologice care au dus la săvîrşirea suicidului — predomină depresiile endogene şi de involuţie, date ce coincid cu literatura.

CONTRIBUŢII LA STUDIUL INFLUENŢEI ACIDULUI SULFONAMIDO-FENOXIACETIC ASUPRA TULBURĂRILOR NEUROPSIHICE

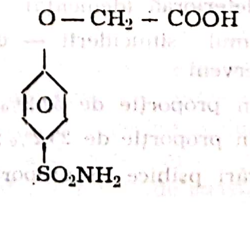
P. Brânzei, Olga Moraru, Gh. M. Balan, C. Romanescu, Florica Steva
— *Iaşi*

Acidul sulfamido-fenoxiacetic (ASFA) sintetizat în 1958 de către Botez a fost testat de Brânzei şi colaboratori pe voluntari şi pe bolnavi cu diverse afecţiuni.

În 1961, Brânzei şi Botez publică primele rezultate favorabile ale tratamentului cu ASFA efectuat la 42 bolnavi.

Produsul s-a dovedit eficace în epilepsii (73% rezultate pozitive), în unele psihoze, în psihastenie, în unele crize algice în alcoolism şi în drogodependenţă.

ASFA face parte din seria derivaţilor sulfoamidaţi şi acidului fenoxiacetic, cel utilizat de noi fiind 4 — sulfon — amido — fenoxiacetic.



$$O-CH_2-COOH \quad \text{(4-}SO_2NH_2\text{ fenil)}$$

Prin structura sa chimică ASFA se aseamănă atît cu sulfonamidele (produse cu acţiune anticonvulsivantă dintre care Sultamul a fost introdus în terapia epileptică) cît şi cu derivaţii acidului fenoxiacetic dintre care acidul p. cloro-fenoxiacetic (Lucidril, Meclofenoxat) a fost introdus în clinică pentru acţiunea sa neurostimulantă.

ASFA se prezintă sub formă de pudră albă cristalizată, comprimate a 0,50 g sau ca soluţie 10% — fiole a 10 ml pentru injecţii i.v. sau i.m.

Populaţie şi metode. Cercetarea noastră are caracterul unui studiu pilot, deschis efectuat pe un număr de 171 pacienţi (85 bărbaţi şi 86 femei) de vîrstă cuprinsă între 17 şi 82 ani, dintre care 131 pacienţi internaţi şi 40 trataţi ambulator.

Deoarece pînă în prezent nu există un studiu clinic complet care să stabilească indicaţiile precise ale produsului, cercetarea noastră s-a extins, în scop de tatonare, asupra a numeroase entităţi nosologice fapt ce impietează asupra rezultatelor globale.

Preparatul a fost administrat atît în afecţiuni acute cît şi în afecţiuni cu evoluţie îndelungată sau remitentă ca: epilepsii g.m. sau p.m. şi în special în epilepsii cu tulburări psihice. alcoolism de diverse tipuri (alcoolofilie, alcolomanie, dipsomanie), drogodependenţă (psihică sau organică), sindroame neuroastenice, depresii nevrotice, melancolii, sindroame confuzionale, psihosindroame de involuţie, cerebrastenii, schizofrenie şi chiar în diateze alergice, distonii neurovegetative, anorexie mentală şi crize gastralgice tabetice.

În general efectul preparatului s-ar exercita asupra funcţiilor noetice influenţînd favorabil, prosexia, vigilitatea, priza de conştiinţă, ritmul şi chiar performanţele gîndirii şi memoria. De asemenea ar produce o netă scădere a apetenţei pentru droguri în general şi pentru alcool în special.

Metode de tratament şi posologie. Preparatul a fost administrat sub formă de injecţii i.m. sau i.v. simplu sau in perfuzii cu soluţie de glucoză 5% (250—500 ml) în doze de 1—3 g pe zi sau în tablete a 0,50 g (4—6 t/zi).

Durata tratamentului a variat în funcţie de diagnostic şi de gravitatea cazului între 10 şi 60 zile în medie 21—30 zile după care urma un tratament de întreţinere la domiciliu în doze mai reduse (1—2 g/24 ore) — administrate exclusiv per os.

Efectul favorabil net, apărea de obicei la 7—10 zile de tratament şi chiar mai devreme în cazul terapiei parenterale.

Terapia cu ASFA nu a necesitat asocierea altor medicamente, cu excepţia unor cazuri de epilepsie, psihoze schizofrenice, depresive sau de involuţie.

Rezultatele globale şi pe categorii de diagnostic sînt ilustrate în tabelul nr. 1.

Se constată astfel că din totalul de 171 bolnavi trataţi cu ASFA, în peste 75% s-au obţinut rezultate favorabile, 21,63% rezultate satisfăcătoare, 42,69% bune, 12,86 foarte bune; numai în 22,80% nu s-a constatat nici un fel de ameliorare a simptomatologiei.

Menţionăm că nu s-a înregistrat nici un caz de agravare a bolii.

Remarcăm că aceste rezultate au fost obţinute în condiţiile în care nu s-a făcut o selecţie riguroasă a bolnavilor în vederea luării în studiu numai a acelor cazuri în care ASFA are indicaţii mai precise.

Analiza rezultatelor pe grupe nosologice evidenţiază eficienţa deosebită a preparatului în drogodependenţă (din 15 cazuri 8 au răspuns bine şi 5 foarte bine la tratament). S-a constatat că după cîteva zile de administrare parenterală a 1—8 g ASFA/24 ore starea generală a bolnavilor se ameliora mult iar starea de necesitate diminua pentru a dispare complet după trei—patru săptămîni de tratament.

Rezultatele deosebit de favorabile s-au obţinut în diversele forme de alcoolism (din 21 cazuri — 15 rezultate bune şi 5 foarte bune) ASFA dovedindu-se activă şi în stările de predelirium şi delirium tremens contribuind la reducerea simptomatologiei somatice şi a tulburărilor psihice, cu remisiunea fenomenelor de delir alcoolic în 24 ore; normalizarea valorilor tensiunii arteriale şi dispariţia tulburărilor neurovegetative în 36 ore; remisia stării de nelinişte psihomotorie în 3 zile; revenirea somnului şi a apetitului în 6 zile; a atitudinii autocritice la 8 zile şi în general scurtarea perioadei de tratament la 25 zile.

Ca şi în cazul drogodependenţei în general şi în alcoolism se obţine o diminuare pînă la dispariţie a apetenţei pentru toxic. Rezultatele sînt perene, pacienţii reuşind să se abţină de la consumul de alcool timp de trei luni pînă la doi ani după care este necesară o nouă cură de ASFA. Rezultatele mai modeste s-au obţinut în cazul psihopatiilor cu decompensări etilice.

În diverse forme de epilepsie şi în special în tulburările psihice epileptice ASFA acţionează favorabil reducînd bradipsihia şi manifestările explozive ale comiţialilor. Deşi nu este prin excelenţă anticonvulsivant, în asociaţie cu terapia antiepileptică obişnuită ASFA contribuie la reducerea frecvenţei crizelor şi chiar la ameliorări evidente ale eeg.

Sindroamele cerebro-astenice post traumatice sau post encefalitice au fost de asemenea favorabil influenţate de ASFA ca şi unele sindroame migrenoase cu demodulări eeg.

Rezultate încurajatoare s-au obţinut în unele psihoze de involuţie şi în sindroame confuzionale.

Interesant de notat este acţiunea antialergică a preparatului care s-a dovedit eficace în unele forme de astm bronşic sau în erupţii cutanate exematiforme.

Tolerabilitatea. Preparatul este foarte bine tolerat. În cei cinci ani de experimentare (1974—1979) nu s-a înregistrat nici un caz de intoleranţă nici o reacţie adversă, ASFA fiind bine tolerat chiar în doze de peste 10 g/24 ore administrate parenteral i.v., i.m. sau per os (cîte 1 g la 2—3 ore).

Examenele curente de laborator, hemoleucograma, VSH, glicemie, probe hepatice, ionogramă, uree, cloruri în sînge ca şi examenul sumar de urină nu au prezentat modificări semnificative în cursul tratamentului cu ASFA. EKG nu a fost modificat de preparat. În ceea ce priveşte electroencefalograma am constatat, în unele cazuri, o evidentă ameliorare a traseelor după tratamentul cu ASFA, în sensul creşterii frecvenţelor undelor alfa cu scăderea pînă la dispariţie a ritmului delta şi teta. Lipsa de toxicitate generală este dublată de o perfectă tolerabilitate totală (soluţii 10% din sarea sodică a preparatului sînt perfect tolerate local — i.m. sau i.v.).

DISCUŢII ŞI CONCLUZII

Din cele prezentate rezultă că ASFA este un produs cu reale calităţi terapeutice care influenţează favorabil unele tulburări psihice ca şi frecvenţa crizelor comiţiale avînd acţiune anticonvulsivantă, uşor sedativă dar şi de creştere a vigilităţii, de stimulare a prosexiei şi a funcţiilor noetice în general. În timpul tratamentului cu ASFA unii pacienţi se simt reconfortaţi şi-şi reiau ocupaţiile intelectuale obişnuite.

Efectul favorabil al acidului sulfon fenoxiacetic asupra unor trasee eeg s-ar putea explica printr-o acţiune neurotrofică exercitată la nivel centrencefalic. Astfel s-ar explica şi efectul favorabil în unele stări comatoase (Brânzei şi colab. 1975).

În mod experimental a fost pusă în evidenţă acţiunea de tip tranchilizant a preparatului, la şobolan. ASFA în doze mici nu antagonizează hipermotilitatea provocată de benzedrină (S. Dumitrescu şi col., 1975) dar în doze mari (1—2/kg corp) linişteşte agitaţia benzedrinică experimentală (S. Dumitrescu — date nepublicate).

S-a constatat de asemenea (Jitariu şi col., 1960) că ASFA accelerează consumul de oxigen şi are o toxicitate foarte redusă.

Alte date experimentale (Balan şi Balan, 1976) au pus în evidenţă acţiunea favorabilă a preparatului asupra sintezei de acizi nucleici şi proteine din creierul şi ficatul normal şi canceros. S-a constatat astfel că ASFA stimulează sinteza de acizi nucleici şi proteine din ficat şi inhibă acest proces la nivel cerebral iar în condiţiile perturbării sintezei acestor produşi, datorită procesului canceros, ASFA contribuie la normalizarea acestor procese de importanţă majoră pentru organism.

Deşi studiul nostru a avut un caracter deschis, şi s-a efectuat pe un număr relativ mic de cazuri se poate conchide că :

1. ASFA şi-a dovedit eficienţa în drogodependenţă şi alcoolism diminuînd apetenţa pentru toxic. Preparatul contribuie la reechilibrarea biologică şi psihică a bolnavilor cu predelir şi delirium tremens scurtînd semnificativ durata tratamentului acestor pacienţi.

2. Adjuvant preţios în terapia anticonvulsivantă ASFA contribuie la reducerea frecvenţei crizelor şi în special la ameliorarea tulburărilor psihice din epilepsie.

3. Efectul preparatului se exercită predominant asupra funcţiilor noetice înscriindu-se prin aceasta în categoria produselor nootrope.

4. Substanţa posedă o acţiune marcată evidenţiată în suprimarea crizelor gastrice tabetice.

5. ASFA posedă de asemenea o interesantă acţiune antialergică.

Concluzia finală care se desprinde este că, ASFA reprezintă un produs cu acţiunea encefalotropă, predominant nootropă cu efecte favorabile în alcoolism şi drogodependenţă, în epilepsia cu tulburări psihice, în unele crize algice şi chiar în unele afecţiuni alergice, fapte ce-i conferă largi perspective de utilizare în terapeutică.

Tabel nr. 1

Nr. crt.	DIAGONOSTIC	Nr. cazuri B	F	Total	0	+	++	+++	Obs.
1.	Comiţialitate : g.m.	8	10	18	6	3	7	2	
	cu tulburări psihice	1	5	6	—	2	3	1	
	p. m.	11	5	16	—	3	11	2	
	TOTAL	20	20	40	6	8	21	5	
2.	Dipsomanie	3	1	4	—	1	3	—	
	Alcoolism cronic	6	4	10	—	—	7	3	
	Sindrom Korsakov alcoolic	2	—	2	—	—	2	—	
	predelir şi delirium tremens	5	—	5	—	—	3	2	
	TOTAL	16	5	21	—	1	15	5	
3.	Drogodependenţă la opiacee	2	4	6	—	—	4	2	
	tranchilizante şi hipnotice	5	2	7	—	2	3	2	
	silutin	—	1	1	—	—	—	1	
	TOTAL	7	8	15	—	2	8	5	
4.	Sd. nevrotice :								
	neurastenic	6	6	12	6	4	2	—	
	obsesivo-fobic	2	2	4	3	—	1	—	
	nevroză anxioasă şi depresivă	3	14	17	1	9	4	2	
	TOTAL	11	22	33	11	13	7	2	
5.	Melancolie de involuţie	4	3	7	5	2	—	—	
	Depresie reactivă	—	1	1	1	—	—	—	
	Depresii pe fond ciclopat	1	—	1	—	—	1	—	
	TOTAL	5	4	9	6	2	1	—	
6.	Psiho. sindr. involutive	7	5	12	4	5	3	—	
	sindrom confuzional	—	1	1	—	—	1	—	
	TOTAL	7	6	13	4	5	4	—	

7.	Cerebrastenie	6	2	8	—	2	5	1
8.	Encefalopatie cronică	1	—	1	1	—	—	—
9.	Psihopatii	2	1	3	3	—	—	—
10.	Sindroame discordante	4	4	8	6	1	1	—
11.	Alergii	—	3	3	—	—	1	2
12.	Crize gastrice tabetice	4	—	4	—	—	4	—
13.	Migrene	—	10	10	2	3	4	1
14.	Distonii neurovegetative	2	1	3	—	—	2	1
	TOTAL GENERAL	85	86	171	39	37	73	22

STUDIUL COMPORTAMENTULUI AMITRIPTILINEI ROMÂNEŞTI ÎN DEPRESII

P. Brânzei, Gh. M. Balan
— *Iaşi*

Recunoaşterea efectului antidepresiv al imipraminei de către KUHN în 1957 a deschis „era biochimică“ în terapia depresiilor.

Imipramina — capul de serie al antidepresivelor triciclice prezentînd o serie de neajunsuri (acţiune anxiolitică insuficientă, tulburări hipnice, agitaţie etc.) s-au căutat noi produse lipsite de efecte secundare şi cu o acţiune normotimizantă promptă.

Amitriptilina — derivat al dibenzocicloheptadienului — s-a dovedit a avea o acţiune anxiolitică, sedativă. antidepresivă rapidă, efectul său fiind comparat cu cel al electropexiei. Părerile privind eficacitatea amitriptilinei în diverse tipuri de depresie sînt împărţite. După unii autori amitriptilina este mai eficace în depresiile endogene, după alţii în depresiile reactive sau nevrotice şi chiar în melancolia de involuţie sau în diverse tipuri de depresie.

Preparatul a fost administrat la un număr de 30 pacienţi — 13 femei şi 14 bărbaţi — de vîrstă cuprinsă între 17 şi 71 ani internaţi în Spitalul „Socola“ Iaşi.

Alegerea pacienţilor s-a făcut respectîndu-se contraindicaţiile: hipertensiune arterială, glaucom, cardiopatii hipertiroidiene, prostatici, comiţiali.

Tratamentul a fost efectuat în special parenteral (perfuzii de 50 mg în soluţie de glucoză hipotonă sau ser fiziologic).

(Numai în trei cazuri a fost necesară dublarea dozei). Pacienţii au primit în medie 10—12 perfuzii. În unele cazuri după 4—5 perfuzii se trecea la administrarea preparatului intramuscular. Durata tratamentului a variat între 10 şi 21 zile. Într-un număr redus de cazuri — o melancolie de involuţie şi 2 depresii nevrotice — s-a utilizat Amitriptilin comprimate în doze 150—300 mg divizată în 3 prize.

În 10% din cazuri, terapia parenterală a fost continuată după externare, cu 2—4 tablete a 0,050 g/zi.

În timpul tratamentului nu a fost necesară administrarea unei medicaţii corectoare în afara unor hipnotice sau, în cazul depresiilor la schizofreni — asocierea terapiei neuroleptice pentru fondul discordant.

Rezultate şi discuţii. Aprecierea rezultatelor s-a făcut prin aplicarea scalei Hamilton (au fost selecţionaţi pacienţii cu indice mai mare de 16, media globală a punctajelor celor 30 subiecţi fiind 27,33). În general preparatul a fost bine tolerat.

Determinările constantelor biologice probe de disproteinemie hepatică (R. Gross, thymol, transaminaze, — GOT, GTP), glicemie, ionogramă (Na, K, Ca seric), hemoleucograma, uree, cloruri sanguine ca şi examenul sumar de urină nu a relevat modificări. Examenele EEG efectuate înainte şi după tratament nu au prezentat deosebiri semnificative. Nu s-au înregistrat decît reacţii secundare discrete ca xerostomie, hipodinamie pasageră, uşoare tulburări de echilibru, somnolenţă. Un singur pacient în vîrstă de 58 de ani, fără antecedente urologice, după 7 zile de tratament, per os, cu doze de 300 mg/zi, a prezentat retenţie acută de urină care a necesitat tratament într-un serviciu de urologie timp de 14 zile după care starea pacientului s-a remis.

Tabel nr. 1

Diagnostic	Total	F	M	—	0	+	++	+++	Observ.
1. Melancolie (PMD)	5	3	2			1	1	3	
2. Melancolie de involuţie	4	2	2		1	1	2		
3. Depresii nevrotice	13	9	4	1	1	1	4	6	1 reacţie adversă (retenţie de urină)
4. Depresie reactivă	3		3		1		2		
5. Nevroză anxioasă	2		2		1			1	
6. Depresii schizo-frenice	3		3			1	1	1	
TOTAL	30	14	16	1	4	4	10	11	

---

* S-a utilizat AMITRIPTILINA, fiole şi tablete, furnizată de Institutul central pentru controlul medicamentului Bucureşti.

Se constată astfel rezultatele bune şi foarte bune în faza melancolică a PMD, în depresiile nevrotice şi rezultate încurajatoare în melancolia de involuţie. Depresiile reactive, chiar de intensitate nevrotică — deşi nu au fost influenţate în totalitate totuşi s-au obţinut şi aici rezultate bune.

In sindromul depresiv reactiv la pacienţi în vîrstă unde medicamentul a fost administrat cu prudenţă, în doze ceva mai reduse — 50—100 mg/ore — s-au obţinut rezultate bune.

Amitriptilina s-a dovedit eficace în tratamentul unor depresii la schizofreni completînd terapia cu neuroleptice majore şi contribuind la o mai rapidă inserţie socială a acestor pacienţi.

Subliniem eficienţa superioară a amitriptilinei administrată parenteral şi în special în perfuzii — chiar şi în cazul depresiilor nevrotice. Administrarea intravenoasă necesită doze mai reduse (50 maxim 100 mg/24 ore) iar efectele sînt mult mai rapide, uneori spectaculare.

După perfuzii, majoritatea pacienţilor intrau într-un somn liniştitor de 2—3 ore trezindu-se reconfortaţi cu un tonus psihic mai bun. Această acţiune sedativ-hipnotică a preparatului nu împiedică desinhibiţia pacienţilor care după cîteva ore de la perfuzie devin mai activi.

După 10—12 zile de tratament punctajul Scalei Hamilton scade mult, media globală a celor 30 de subiecţi fiind 10,33.

Analizînd diferenţiat pe grupe de simptome — conform Scalei Hamilton — constatăm că amitriptilina acţionează favorabil atît asupra simptomatologiei depresive anxioase cît şi asupra insomniilor şi a manifestărilor somatice legate de anxietate şi depresie.

Rezultate bune şi foarte bune în faza melancolică a PMD şi în depresiile nevrotice şi satisfăcătoare în melancolia de involuţie.

Tulburările de somn au fost mai bine influenţate în depresiile nevrotice şi periodice şi mai puţin în melancolia de involuţie (totuşi şi în aceste cazuri se obţine o ameliorare temporară a somnului).

Iniţial produsul are acţiune hipnotică — provocînd fatigabilitate, adinamie, dar după cîteva ore de la administrarea perfuziei cu amitriptilină se constată o creştere a interesului general a energogenezei şi a activităţii, unii pacienţi chiar solicitînd să fie încadraţi într-o formă de ergoterapie. După 2—3 săptămîni de tratament, interesul şi activitatea revin la normalul premorbid al subiecţilor.

Neliniştea şi anxietatea exprimate atît pe plan psihic cît şi somatic se ameliorează foarte bine după cîteva zile de tratament în special în depresiile periodice şi în cele nevrotice. In melancolia de involuţie s-a obţinut reducerea satisfăcătoare a neliniştii şi anxietăţii.

Amitriptilina a influenţat mai puţin fixaţiile hipocondriace nevrotice şi ceva mai bine fenomenele de acest gen din depresiile psihotice.

Preparatul a avut o acţiune favorabilă asupra curbei ponderale. S-a constatat o creştere a greutăţii cu 1—3 kg în decurs de o lună în special la pacienţii care slăbiseră în cursul bolii. Remarcăm de asemenea efectul favorabil asupra agitaţiei anxioase.

Concluzii: In general preparatul este bine tolerat, efectele secundare fiind de mică importanţă, fără modificări ale constantelor biologice sau a EEG. Se recomandă prudenţă în cazul administrării preparatului la bărbaţii în vîrstă sau cu antecedente urologice spre a se evita tulburări disurice.

Amitriptilina este un produs antidepresiv, anxiolitic, sedativ cu o eficacitate remarcabilă.

Administrat în diverse stări depresive am constatat că este mai activ în depresiile endogene (faza melancolică a PMD) şi mai puţin eficient în melancolia de involuţie. De asemenea, produsul s-a dovedit deosebit de eficient în depresiile nevrotice, bun în depresiile reactive şi destul de activ în depresiile schizofrenilor unde în asociere cu neuroleptice majore a dus la o mai rapidă reinserţie socială a pacienţilor.

Se remarcă superioritatea eficienţei în cazul administrării parenterale în special în perfuzii intravenoase cînd sînt necesare doze mai mici decît în terapia per os.

Amitriptilina, produs triciclic, cu acţiune antidepresivă evidentă, reduce tensiunea anxioasă, linişteşte agitaţia depresiilor apoi stimulează activitatea şi interesul pentru mediu şi profesie.

PSIHOSINDROAME DE GESTAȚIE ȘI IMPLICAȚII BIO-PSIHO-SOCIALE

M. Baltaru, M. Şelaru, Sofia Dudeanu, M. Balanovschi,
Virginia Fortună, Maria Cuţu
— *Iaşi*

Maternitatea constituie un factor psihofiziologic de echilibrare şi împlinire a personalităţii feminine, este expresia continuităţii existenţei fiinţei umane. Dar sarcina nu echilibrează întotdeauna şi în funcţie de o serie de factori bio-psiho-sociali ea poate deveni o criză patologică, de a cărei rezolvare depinde echilibrul psihic şi viitorul parturientei.

Cunoscute şi descrise din timpuri vechi (Hipocrate, Galenus etc.), studiul tulburărilor psihice ale maternităţii a început abia în a doua jumătate a sec. al XIX-lea cu lucrarea lui Marcé (1858) — „Psihoza femeilor gravide, a lăuzelor şi a doicilor".

In prezent psihozele legate de maternitate constituie un capitol controversat, în sensul că unii autori

(Sivadon, Delay etc.) le consideră o entitate clinică de sine stătătoare, în timp ce alţii (Seager, Daniels, Lessow) sînt de părere că ar fi vorba de entităţi nozologice din cadrul psihiatriei generale.

P. Brânzei, discutînd acest capitol în „Itinerar psihiatric“ arată că în puerperalitate, în prezenţa unei constelaţii endocrine modificate şi datorită noilor coordonate psihologice şi sociale determinate de graviditate, pot apare trei categorii de modificări de gestaţie : — dispariţia sau ameliorarea unor fenomene nevrotice, psihopatice sau psihotice preexistente gravidităţii ; — accentuarea unor fenomene nevrotice, psihopatice sau psihotice preexistente gestaţiei (în mod larvat sau manifest) ; — declanşarea sau provocarea de către puerperalitate a unor fenomene nevrotice, psihopatice sau psihotice.

Lucrarea noastră îşi propune să studieze implicaţiile bio-psiho-sociale ale psihosindroamelor de gestaţie la pacientele ce s-au internat în clinica I Femei a spitalului „Socola“ Iaşi, în perioada 1978—1979.

Acest lot de 156 paciente se împarte în două grupe : — paciente aflate la prima internare ; — paciente cu mai multe internări în clinica psihiatrică.

În centrul atenţiei noastre au fost mai ales pacientele aflate la prima internare, celelalte fiind cunoscute în serviciu prin internări anterioare cu diverse afecţiuni psihice majore.

Pacientele aflate la prima internare reprezintă 3% din totalul de internate în această perioadă şi 46% din totalul celor internate pentru tulburări psihice apărute în graviditate.

Din cele 73 de paciente internate, primiparele reprezintă 69%, fiind urmate de secundipare şi tertipare (cîte 13%).

Considerăm ca un aspect important situaţia socio-familială a pacientelor, astfel încît nu atît poziţia căsătorită sau necăsătorită joacă un rol favorizant (procentele egalizîndu-se) ci conjunctura psihoconflictuală sau traumatică, care de obicei îmbracă o largă gamă individuală, în care gradul de dorinţă sau pregătire a pacientei pentru rolul de mamă are o mare importanţă.

Semnificativ este faptul că majoritatea pacientelor (86%) proveneau din mediul urban.

86% din cazuri aparţineau grupei de vîrstă 16—30 ani, cifră care corespunde perioadei de maximă fertilitate a femeii.

S-ar putea spune că majoritatea pacientelor aveau o situaţie materială bună, ele fiind angajate într-o activitate productivă. Numai 9% erau fără ocupaţie, 6% erau dependente social prin statutul lor de bolnave suferind de deficienţe mintale (oligofrenie gr. II) sau senzoriale cronice.

În ce priveşte nivelul de studii şi intelectual menţionăm că majoritatea 58% aveau studii elementare şi medii, iar (32%) erau eleve şi studente.

Anamnestic am evidenţiat faptul că toate pacientele aflate la prima internare proveneau din familii dezorganizate sau cu frecvente conflicte intrafamiliale, provocate adesea de un tată etilic.

60% din pacientele aflate la prima internare aveau un soţ etilic în familia lor actuală existînd situaţii conflictuale, 30% erau în situaţie de navetism, de asemenea un număr important de paciente aveau de făcut faţă la obligaţii suplimentare, fiind studente la seral.

2% din paciente aveau copii cu importante malformaţii congenitale, altele aveau în îngrijire copii pînă la 2 ani.

O problemă deosebită o prezintă pacientele necăsătorite (87%), a căror tulburări psihice au fost favorizante de : abandonul din parea partenerului cu lipsa perspectivei legalizării situaţiei, dezacordul părinţilor, care le creează o stare de depreciere socială.

Examenul psihologic a evidenţiat un teren premorbid : stări dizarmonice, hipofrenie, demodulări EEG.

Pe lîngă manifestările minore ale tulburărilor psihice de graviditate (reacţii asteno-depresive — 8%), au existat episoade depresiv-melancolice acute reactive (63%), care au fost îndrumate spre clinica psihiatrică în urma tentativelor autolitice (majoritatea prin ingestie de tranchilizante).

16% s-au internat pentru decompensări depresiv-melancolice care s-au confirmat ulterior a fi pe fond comiţial. 6% din paciente erau oligofrenie şi cu stare de dependenţă socială.

Din cele expuse mai sus desprindem următoarele concluzii :

— pacientele aflate la prima internare pentru tulburări psihice apărute în perioada de gestaţie au reprezentat 3% din totalul pacientelor internate în perioada 1978—1979, pacientele fiind în general în primul trimestru al sarcinii : — 86% din paciente aveau vîrsta între 16—30 ani ; — primiparele au reprezentat 69% ; — 57% din paciente erau necăsătorite ; — majoritatea proveneau din familii dezorganizate, cu dese conflicte intrafamiliale, iar familia actuală a pacientei cuprinde un soţ etilic sau un copil tarat ; — 63% din paciente au făcut decompensări depresiv-melancolice reactive acute cu tentative autolitice pe fond de demodulări EEG sau ciclopatic, hipofrenic etc.

Sîntem de părere că sarcina, prin rolul ei biologic protectiv, nu poate fi o cauză directă a apariţiei tulburărilor psihice. Psihosindroamele observate, reprezentau predominant situaţii conflictuale care îmbrăcau aspectul unor stări nevrotice pronunţate pe măsura evoluţiei sarcinii, uneori cu aspect depresiv, alteori impulsiv, restul situaţiilor reprezintă reactualizarea sau agravarea unor psihosindroame de tipul psihopatiilor, oligofreniei, mai rar a psihozelor cu debut şi evoluţie anterioară. Rezolvarea acestor situaţii necesită o analiză de la caz la caz, estimînd problema atît din punct de vedere social, cît mai ales sub aspectul unor morbidităţi eredocolaterale.

SEMNIFICAŢIA APLICĂRII PSIHORATERULUI ÎN STUDIUL PSIHOSINDROAMELOR LA INTERFERENŢA CU NORMALITATEA

M. Şelaru, Carmen Tanga-Tcaciuc, Maria Cosmovici,
N. Cosmovici, P. Brânzei, P. Boişteanu
— Iaşi

Psihoraterul este un chestionar ce permite depistarea rapidă a unor tulburări de personalitate sau a unor stări psihopatologice marginale. Este format din 236 întrebări cu orientare psihiatrică şi explorează mediul familial şi adaptarea la acest mediu, integrarea socială la vîrsta adultă şi structura psihologică şi psihopatologică.

Psihoraterul se aplică cu predilecţie la tulburările de limită cu normalitatea, dar este sensibil şi în stările delirante (schizofrenie, deliruri cronice sistematizate sau nu).

Interpretarea testului se face atît prin nota globală, cît şi prin punctajul obţinut la fiecare domeniu explorat (hiperemotivitate, depresie, anxietate, hipocondrie, tendinţe schizofrenice, tendinţe paranoide, instabilitate, hipomanie, simptome psihiatrice, adaptare sexuală, tendinţe histerice). Persoanele cercetate pe baza chestionarului se împart cu trei categorii : normale, fragile (personalităţi dizarmonice aparent compensate, la care condiţiile nocive ale mediului developează trăsăturile psihopatologice) şi subiecţi cu tulburări de personalitate, care justifică o consultaţie psihiatrică atentă.

Aplicînd psihoraterul la 100 de femei internate în Spitalul de psihiatrie „Socola" Iaşi am găsit 92% cu tulburări de personalitate ce justifică o consultaţie psihiatrică, 3% fragile şi 5% normale. Notele globale calculate sînt cuprinse între 36 şi 643.

Pe grupe de întrebări, notele patologice le-am înregistrat în următoarele procente : adaptare socială 31%, hiperemotivitate 18%, depresie 56%, anxietate 53%, hipocondrie 65%, tendinţe schizotimice 5%, tendinţe paranoide 19%, instabilitate 22%, hipomanie 33%, simptome psihiatrice 64%, integrare sexuală 30%, antecendente 50%, tendinţe histerice 72%.

Studiul antecendentelor acestor subiecţi arată următoarele : 43% au suferit un şoc emoţional important, ca urmare a unui accident, îmbolnăviri grave sau a unei întîmplări tragice din familie ; 25% au avut un părinte (părinţi) alcoolic (alcoolici) ; 19% au în familie un bolnav psihic sau au avut o rudă care a realizat un act autolitic ; 17% au prezentat fenomene de automatism ambulator ; 6% aveau enurezis nocturn la vîrsta de 7 ani ; 10% au prezentat una sau mai multe stări de suspendare a cunoştinţei în copilărie ; 44% au luat sau iau cu regularitate tranchilizante ; 56% au avut un traumatism cranio-cerebral în urma căruia şi-au pierdut cunoştinţa căruia îi atribuie diversele tulburări clinice prezente (cefalee, vertij, tulburări de memorie sau de comportament) ; 31% au în antecedente tendinţe compulsive sau tentative autolitice ; 20% au prezentat în copilărie dromomanie ; 25% au prezentat „crize nervoase" în cursul cărora şi-au pierdut cunoştinţa.

Analiza pe grupe de vîrstă arată că procentele cele mai mari ale notelor ce depăşesc pragul patologic P se înregistrează la următoarele tendinţe : prima grupă (15—19 ani), 90% tendinţe interiforme de iritabilitate ; 80% anxietate şi hipocondrie şi 60% depresie şi tulburări paranoide discrete.

Din punct de vedere al antecedentelor psihiatric semnificative se remarcă faptul că la această grupă se găseşte cel mai mare procentaj din toate categoriile de vîrstă de bolnave cu pierderi de cunoştinţă în copilărie (40%) şi care au tendinţe sau tentative autolitice (60%).

La a doua grupă (20—24 ani) formată din 19 bolnave se remarcă următoarele tendinţe patologice : iritabilitate explozivă histeriformă 79%, simptome psihiatrice 68% şi hipocondrie şi tulburări interpretative 58%.

Ca antecedente patologice de semnalat sînt tentativele autolitice (42%).

A treia grupă (25—29 ani) formată din 14 bolnave au înregistrat următoarele tendinţe patologice : 71% hipocondrie, 64% tendinţe histeriforme şi 50% anxietate şi simptome psihiatrice.

Din antecendentele patologice se remarcă faptul că 50% din bolnave au avut un părinte (părinţi) alcoolic (alcoolici) — cel mai mare procent din toate grupele de vîrstă şi 50% au avut un traumatism cranio-cerebral.

A patra grupă cuprinde 8 femei între 30—34 ani, la care se remarcă cele mai mari procente de hiperemotivitate şi instabilitate din toate grupele de vîrstă (50%). De subliniat incidenţa crescută a tendinţelor histeriforme — 88% ; simptomele psihiatrice 75%, anxietatea şi tendinţele interpretative 63%.

În ce priveşte antecedentele este demn de amintit faptul că 63% au suferit un şoc emoţional important ca urmare a unui accident, îmbolnăvire gravă sau întîmplare cu semnificaţie negativă familială şi 75% au avut un accident cranio-cerebral.

Grupa a cincea (35—39 ani) cuprinde 13 femei la care am găsit maximum de tulburări în adaptarea socială (46%), maximum de note patologice ale anxietăţii (85%), hipocondrie 100%, tendinţe paranoide 85% şi procente mari la simptome psihiatrice (92%), dificultăţi de adaptare sexuală 46% şi tendinţe histeriforme 94%.

Ca antecendente patologice se remarcă faptul că 31% au în familie un bolnav psihic sau o rudă care s-a sinucis (maximum dintre toate grupele de vîrstă) şi 54% iau cu regularitate tranchilizante (sau au luat). Rezultă că la această vîrstă a deplinei maturităţi apar tulburări de adaptare socială şi tulburări psihice ca urmare a factorilor de mediu (solicitare profesională, familială) şi sumarea factorilor endogeni sau exogeni (tulburări endocrine, boli somatice, etilism cronic etc.).

La grupa a şasea de vîrstă studiată (40—44 ani) şi care cuprinde 10 femei, se semnalează 80% tendinţe de iritabilitate histeriformă, 70% simptome semnificative psihiatrice şi hipocondrie, precum şi 60% tendinţe paranoide. Ca antecedente se observă că la această grupă de vîrstă 70% iau cu regularitate tranchilizante (sau au luat), maximum din toate grupele de vîrstă ; la fel şi faptul că au suferit un şoc emoţional important, ca urmare a unui accident, îmbolnăviri grave sau întîmplări negative familiale (60%).

În grupa a şaptea de vîrstă sînt 12 femei la care se remarcă 67% tendinţe de iritabilitate şi depresie de intensitate patologică, iar ca antecedente patologice, faptul că 25% (maximum din toate grupele de vîrstă) aveau enurezis nocturn la vîrsta de 7 ani.

Grupa a 8-a cuprinde 6 femei (50—54 ani) la care am găsit maximum de note patologice : tendinţe histeriforme (100%), antecedente patologice 83%, tulburări de adaptare sexuală şi hipomanie 50% şi tendinţe schizotimice 17%. Se mai remarcă 83% onxietate şi simptome psihiatrice. Ca antecedente patologice am găsit maximum dintre toate grupele de vîrstă în ce priveşte şocul emoţional important (100%), traumatismul cranian cu pierderea de cunoştinţă şi tulburări ulterioare (100%), crize de nervozitate urmate de pierderea cunoştinţei (67%) şi dromomanie în copilărie (33%).

Grupa a noua cuprinde 4 femei în vîrstă de 55—59 ani cu 75% anxietate, tulburări interpretative paranoiace şi simptome majore psihiatrice.

Grupa a 10-a este formată din 2 femei între 60—64 ani la care se remarcă 50% hipomanie (maximum din toate grupele de vîrstă).

Grupa a 11-a cuprinde două femei între 65—69 ani cu următoarele tendinţe patologice maxime : depresie 100%, hipomanie 50% şi simptome psihiatrice patologic semnificativ 100%. Ca antecedente se remarcă maximum de automatism ambulator (50%) şi dromomanie în copilărie (50%).

Studiul tulburărilor psihice la limită cu normalitatea cu ajutorul psihoraterului pe grupe de vîrstă relevă următoarele elemente semnificative : maximum de tulburări în adaptarea socială se întîlneşte între 35—39 ani (46%), scăzînd la zero peste 54 ani (pentru că lipseşte una din componente — adaptarea profesională), înregistrînd între 15—19 ani o valoare de 30% ; hiperemotivitatea are un maximum de incidenţă de 30—34 ani (50%), scăzînd ca frecvenţă odată cu înaintarea în vîrstă ; depresia prezintă maximum (100%) la ultima decadă de vîrstă studiată (65—69 ani), datorită proceselor involutive ; la 35—39 ani este prezentă la 77%, iar la grupele 45—49 ani şi 50—54 ani la 68% din pacientele studiate ; anxietatea îşi are maximum (85%) la grupa de vîrstă 35—39 ani şi 83% la 50—52 ani, scăzînd spre grupele extreme de vîrstă ; hipocondria este prezentă la 100% din femeile de 35—39 ani şi 80% la grupa 15—19 ani, apoi scade cu vîrsta ; tendinţele schizotimice îşi au vîrful între 50—54 ani (17%), avînd valori nesemnificative în rest ; tendinţele interpretative sînt maxime la 35—39 ani (85%), vîrsta deplinei maturităţi profesionale şi scad spre vîrstele extreme ; instabilitatea este maximă la 30—34 ani (50%), menţinîndu-se între 23 şi 33% la celelalte grupe, cu excepţia grupei de vîrstă 15—19 ani, unde este de 40% ; hipomania îşi are vîrful la grupele 50—54 ani, 60—64 şi 65—69 ani (50%), menţinîndu-se în jur de 30% la celelalte grupe de vîrstă ; simptomele cu semnificaţie particulară psihiatrice îşi au maximum (100%) la ultima grupă de vîrstă studiată (65—69 ani) şi este expresia proceselor involutive caracteristice vîrstei ; la 35—39 ani este de 92% iar la 50—54 ani 83% ; tulburările de adaptare sexuală se întîlnesc cu maximum de frecvenţă la 50—54 ani, ca expresie a transformărilor produse de climacterium ; 46% la 35—39 ani şi nu sînt acuzate la primele două şi ultimile trei grupe de vîrstă ; antecedentele patologice au un maximum la 50—54 ani (83%) şi la 15—19 ani (70%) ; tendinţele histeriforme au un maxim de incidenţă la 50—54 ani (100%), 92% la 35—39 ani şi 90% la 15—19 ani ; se menţin peste 64% la toate celelalte grupe de vîrstă, cu excepţia ultimelor două la care este zero.

Studiind formele clinice de psihopatie cu ajutorul psihoraterului s-au semnalat următoarele particularităţi psihopatologice :

Din cele 12 histeropatii studiate, 4 prezentau traseu EEG de imaturitate cerebrală, 1 cu trăsături oligoide, 1 de preinvoluţie şi 1 cu crize astmatiforme.

Tendinţele patologice găsite la histeropatii sînt următoarele : 92% histerie şi hipocondrie, 83% depresie şi simptome psihiatrice, 67% antecedente patologice şi anxietate, 50% tulburări de adaptare socială. Ca antecedente patologice se remarcă la 67% tentative autolitice şi tratament îndelungat cu tranchilizante, 58% şoc emoţional important şi traumatisme cranio-cerebrale.

La histeropatiile cu traseu EEG anormal am găsit următoarele tendinţe patologice : 100% hipocondrie, isterie şi simptome patologice psihiatrice ; 75% depresie, anxietate şi antecedente patologice. Ca antecedente este de semnalat faptul că la 75% din bolnave am decelat pierderi de cunoştinţă în copilărie, tentative autolitice, automatism ambulator, traumatism cranio-cerebral şi 100% iau cu regularitate tranchilizante (sau au luat).

Analizînd comparativ histeropatiile cu tulburări EEG cu nevrozele obsesivo-fobice cu traseu EEG anormal, se constată următoarele asemănări : la ambele grupe se constată tulburări în adaptarea socială la 50% din cazuri, anxietate 75%, respectiv 50% ; 100% hipocondrie şi tendinţe histeriforme, 50% instabilitate, simptome psihiatrice (100%, respectiv 50%) şi absenţa tulburărilor schizotimice, paranoide, hipomanie şi tulburărilor de adaptare sexuală. Se deosebesc la depresie şi antecedente prin absenţa trăsăturilor patologice la nevroză şi prezenţa lor în 75% din cazuri la histeropatie.

Studiind comparativ histeropatia cu trăsături oligoide şi oligopatia, se constată următoarele asemănări : instabilitate, antecedente patologice şi tendinţe histerice în 100% din cazuri. Ca antecedente patologice se remarcă existenţa în familie a unui bolnav psihic sau a unei persoane care s-a sinucis şi tentative autolitice în 100%, respectiv 33% din cazuri şi dromomanie în copilărie în 100%, respectiv 67% din cazuri. Ca deosebire esenţială se remarcă tulburări în adaptarea socială la 100% din oligopaţi şi 67% la histeropatie. La oligopatiile studiate se remarcă simptome psihiatrice la 33% din cazuri, tulburări de adaptare sexuală la 67%, iar ca antecedente patologice 33% au avut un şoc emoţional important şi accidente de suspendarea cunoştinţei în copilărie ; 67% au avut un părinte alcoolic (maximum din toate categoriile analizate).

Paranoiacopatiile studiate prezintă în 100% din cazuri, tendinţe paranoide, instabilitate, hipomanie, simptome psihiatrice şi tulburări de adaptare sexuală. În 50% din cazuri prezintă tulburări de adaptare socială, antecedente patologice şi tendinţe de iritabilitate. Ca antecedente patologice se remarcă faptul că 100% din cazuri iau cu regularitate tranchilizante, 50% au suferit un şoc emoţional important, au avut un părinte alcoolic, au avut un accident cranio-cerebral, au prezentat dromomanie în copilărie şi au făcut crize nervoase în cursul cărora şi-au pierdut cunoştinţa.

Cercetarea ciclopatiilor arată următoarele tendinţe patologice : 83% anxietate şi tendinţe isteriforme, 67% depresie, hipocondrie, tendinţe interpretative şi simptome psihiatrice semnificative, 33% tulburări de adaptare socială, instabilitate şi antecedente patologice. La acestea din urmă ne remarcă faptul că 50% iau cu regularitate tranchilizante, 33% au tentative sau tendinţe autolitice în antecedente şi au prezentat fenomene de tipul automatismului ambulator.

Comparînd două ciclopatii cu crize dipsomanice cu o ciclopatie cu decompensare nevrotică se constată că la prima categorie predomină anxietatea, iar la cea de-a doua categorie se întîlnesc şi alte tendinţe patologice în afară de anxietate şi anume : depresie, hipocondrie iritabilitate.

Comparînd ciclopatia cu decompensări narcofile cu sindromul nevrotiform cu decompensări narcofile se constată următoarele : ambele prezintă tendinţe patologice (paranoide sau paranoiace), dar unele sînt mai accentuate la ciclopatie (depresie, anxietate, hipocondrie, tendinţe schizotimice, hipomanie, histerie) sau se întîlnesc numai la ciclopatie (simptome psihiatrice), în timp ce adaptarea socială este mai dificilă la bolnavele cu sindrom nevrotiform. Se deosebesc şi ca antecedente, la ciclopatie semnificative sînt tentativele autolitice şi tratamentul sistematic cu tranchilizante, în timp ce la sindromul nevrotiform se întîlneşte enurezisul nocturn, traumatismul cerebral şi un părinte alcoolic.

Analizîd 7 cazuri de psihopatii cu reacţii nevrotiforme am constatat următoarele tendinţe patologice : 71% hipomanie, 57% depresie, hipocondrie, tendinţe paranoide, simptome psihiatrice şi tendinţe histerice. Ca antecedente se remarcă la 43% din cazuri un şoc emoţional important şi 29% din cazuri un accident cranio-cerebral şi crize nervoase cu pierdere de cunoştinţă. Comparînd aceste cazuri cu 6 psihopatii fără decompensare nevrotică, se remarcă 100% depresie şi tendinţe histerice la acestea din urmă, 83% anxietate, hipocondrie şi simptome psihiatrice, 67% antecedente patologice şi 50% tendinţe interpretative, instabilitate şi tulburări de adaptare sexuală. Ca antecedente patologice am găsit în 50% din cazuri părinţi alcoolici, tratament sistematic cu tranchilizante, traumatisme craniene, tentative autolitice şi crize nervoase cu pierdere de cunoştinţă. De remarcat faptul că 2 cazuri de psihopatii cu reacţii nevrotiforme erau normale după nota globală obţinută la psihorater.

Studiul a 6 cazuri de sindroame nevrotice în context somatogen a relevat următoarele tendinţe patologice : 83% anxietate, hipocondrie, iritabilitate şi 67% hiperemotivitate, depresie, simptome psihiatrice şi antecedente patologice. La acestea din urmă se remarcă 67% şoc emoţional important şi un traumatism cranian şi în 33% din cazuri tratament sistematic cu tranchilizante, tendinţe autolitice şi crize nervoase cu pierdere de cunoştinţă. De remarcat că două din aceste bolnave aveau HTA, una cardiopatie ischemică, alta un astm bronşic şi restul diverse afecţiuni somatice.

Analizînd 13 bolnave cu sindrom nevrotic pe fond discrin, din care 2 normale după nota globală a testului, am găsit următoarele categorii : 3 bolnave cu sindrom nevrotic puerperal, una cu tulburări de climax, una cu tulburări de preclimax, una cu spasmofilie şi 7 cu alte discrinii. Studiul acestora a arătat următoarele tendinţe patologice : 85% iritabilitate, 62% hipocondrie şi simptome psihiatrice, 46% depresie şi anxietate. Ca antecedente patologice (15%) se remarcă : 39% traumatisme cranio-cerebrale şi tratament regulat cu tranchilizante şi 31% şoc emoţional important.

În fara acestei categorii am mai studiat 4 cazuri de sindroame nevrotice cu crize hipoglicemice, la care se remarcă 75% hipocondrie, hipomanie şi tulburări de adaptare sexuală (23%) la celelalte sindroame nevrotice pe fond discrin şi 50% tendinţe şi crize de iritabilitate explozivă şi anxietate. Ca antecedente patologice menţionăm în 50% din cazuri un şoc emoţional important, părinţi alcoolici, traumatism cranian.

Analizînd 15 femei cu etilism cronic pe fond psihopat, nota globală a psihoraterului a arătat că una din acestea este normală şi una fragilă. Ca tendinţe patologice se remarcă 60% simptome psihiatrice şi tendinţe histerice, 47% tulburări paranoide şi 40% depresie. Ca antecedente patologice am găsit în 47% din cazuri părinţi alcoolici şi în 73% din cazuri traumatisme cranio-cerebrale (cele mai multe datorate situaţiilor conflictuale din familie) şi în 33% din cazuri un şoc emoţional important.

Din studiul comparativ al psihopatiilor cu sindroamele nevrotice reies următoarele concluzii : cele mai mari tulburări de adaptare socială le prezintă oligopatii (în 100% din cazuri) ; hiperemotivitatea maximă (67%) se întîlneşte în sindroamele nevrotice somatogene ; e absentă sau nesemnificativă la toate grupele de psihopatii ; depresia atinge maximul patologic la histeropatie (83%), pe locul al doilea situîndu-se ciclopatia (67%) ; este nesemnificativă la oligopatii, histeropatia cu trăsături oligoide, paranoiacopatie ; anxietatea maximă am găsit-o la ciclopatie şi sindroamele nevrotice somatogene (83% la ambele ; e diminuată la oligopatie, paranoiacopatie ; hipocondria e maximă la histeropatie (100%), pe locul al doilea aflîndu-se sindroamele nevrotice somatogene (83%) ; este mică în etilism (27%) şi absentă la paranoiacopatie ; tendinţele schizotimice sînt absenţe în sindroamele nevrotice şi prezenta numai la psihopatii, dar cu valori nesemnificative din punctul de vedere al intensităţii manifestare ; tendinţele paranoide sînt maxime (100%) la paranoiacopatie ; prezintă valori mari la celelalte grupe de psihopatii (87—47%) şi valori mici la sindroamele nevrotice ; instabilitatea este maximă la oligopatie şi paranoiacopatie şi are valori mici la sindroamele nevrotice ; simptomele psihiatrice se găsesc în 100% din cazuri la histeropatie şi paranoiacopatie şi au valori mici în sindroamele nevrotice ; tulburările de adaptare sexuală le-am întîlnit în 100% din cazuri la paranoiacopatie, pe locul al doilea situîndu-se sindroamele nevrotiforme cu crize hipoglicemice (75%) şi 67% la oligopaţi ; tendinţele la iritabilitate sînt maxime la psihopatii (100% la histeropatie, oligopatie, 83% la ciclopatie), dar se menţin la valori cuprinse între 83 şi 50% la sindroamele nevrotice ; antecedentele patologice le-am întîlnit la 100% din oligopaţi şi în histeropatia cu trăsături oligoide, la 75% din histeropatia cu traseu EEG modificat şi 67% din histeropatie şi sindroamele nevrotice somatogene. De remarcat că 67% din bolnavele cu sindrom nevrotic somatogen au suferit un şoc emoţional important.

Concluzii : Antecedentele sînt semnificative pentru diagnosticul de psihopatie : dromomanie în copilărie (20% din cazuri), tentative autolitice (31%), traumatisme cranio-cerebrale (56%), comiţialitate în copilărie (10%), părinţi alcoolici (25%).

Grupa de vîrstă 35—39 ani prezintă mari tulburări de adaptare socială şi tulburări psihice ca urmare a acţiunii factorilor de mediu (solicitare profesională, familială) şi a factorilor endogeni (tulburări endocrine, boli somatice, etilism cronic). Acestea rezultă din faptul că la categoria respectivă am găsit maximum de note patologice la mai multe tendinţe (adaptare socială, hipocondrie, anxietate, tendinţe paranoide, tedinţe histerice).

Tendinţele patologice mai semnificative pe grupe de vîrstă se prezintă astfel : depresia, anxietatea, tendinţele paranoide, hipomania, simptomele psihiatrice cresc cu vîrsta, în timp ce instabilitatea şi tendinţele histerice scad cu vîrsta.

Comparînd rezultatele obţinute după aplicarea psihoraterului la tulburările psihice la limită cu normalitatea s-a observat că la sindroamele nevrotice predomină anxietatea şi hipermotivitatea (aceasta din urmă are valori nesemnificative) iar la personalităţile dizarmonice predomină tulburările psihiatrice, tendinţele paranoide şi schizotimice, tulburările de adaptare socială şi sexuală, instabilitatea şi tendinţele histerice.

Aplicarea psihoraterului în Clinica de psihiatrie este utilă, fără pretenţia de a pune diagnostice, ci pentru a ajuta medicul în orientarea rapidă asupra bolnavului şi a-l clasa în una din cele trei mari categorii : normal, fragil, patologic. Mai este util în stabilirea formelor clinice de psihopatii, coborînd datele obţinute la test cu simptomatologia clinică. Este un mijloc util şi rapid de investigare psihiatrică.

SIMPTOMATOLOGIA ACTUALĂ DE „FAŢADĂ" A BOLNAVULUI ISTERIC

T. Strîmbu, Aurelia Sirbu, A. Secăreanu, T. Neamţu
— *Cluj-Napoca*

În ultimele decenii se constată o importantă mutaţie în ceea ce priveşte conceptul de isterie cît şi a formelor de manifestare ale acesteia. Se delimitează anumite forme în funcţie de intensitatea manifestărilor cu oscilaţii între polul neurotic şi cel psihotic ; forme a căror etiologie psihogenă este clar elucidată, alături de altele în care este preponderent suportul somatic avînd un aspect pseudoisteric ; precum şi forme în care cele două elemente fundamentale ale bolii : simptomele de conversie şi personalitatea isterică pot coexista sau se manifestă izolat.

Această lucrare urmăreşte să delimiteze anumite aspecte pe care le-am întîlnit în practica serviciului de urgenţă al Clinicii Psihiatrice Cluj-Napoca, cît şi la nivelul cabinetului de psihiatrie al Dispensarulu Polilinic. Frecvenţa mult mai mare a acestor manifestări comparativ cu crizele „clasice" descrise de Charcot, care au devenit mult mai rare, precum şi dificultăţile de diagnostic pe care acestea le ridică de multe ori, sînt argumentele şi motivele studiului pe care l-am întreprins.

Încercăm să facem unele comparaţii şi apropieri care uneori au valoare de sinonim între simptomele „clasice" şi cele „moderne" în ceea ce priveşte conversia pentru ca apoi să facem unele aprecieri legate de personalitatea isterică.

Accidentele spectaculoase ale conversiei sînt mult mai rare întîlnindu-se mai frecvent simptome mai discrete, de aspect polimorf şi de multe ori înşelător, unde etiologia neurotică este mai greu de demascat iar organicitatea mai greu de exclus. Criza tonico-clonică survine rar, la pacienţi frustraţi şi în anumite contexte etnice. Ea este înlocuită de „crizele de nervi" cu agitaţie psiho-motorie, strigăte, plîns, conduite agresive, autoagresive sau clastice, iar alteri de crize tetaniforme. Neliniştea, palpitaţiile, senzaţia pierderii de cunoştinţă înlocuiesc crizele de sincopă şi accesele cataleptice. Paraliziile masive, monoplegia, paraplegia, survin încă, dar slăbiciunea musculară, fatigabilitatea, senzaţia de înmuiere a picioarelor, le înlocuiesc, constituind expresiile minore ale acestora. Senzaţia de dezechilibru, vertijele, atît de des invocate, reprezintă noi modalităţi de conversie. Tremurăturile înlocuiesc marile contorsiuni pseudocoreiforme şi sînt de amplitudine variabilă care depinde de împrejurări. Durerile tenace, cu o localizare atipică sînt mai răspîndite decît marile anestezii fără a avea o bună sistematizare. Cefaleea, anumite puncte dureroase somatice, pruritul, sînt frecvente plîngeri ale istericului a cărui îndîrjire şi forţă de constrîngere, impun bilanţuri organice complexe şi repetate. Somnabulismul, fugile isterice, şi stările crepusculare apar excepţional în cadrul isteriei.

Conceptul modern al psihozei isterice delimitează clar frontierele anterior imprecis conturate, care separă unele isterii grave de ruptura psihotică. Elemente care ne ajută la diagnostic sînt :

— Personalitatea premorbidă cu sugestibilitate şi autosugestibilitate crescută, psihoplasticitate, tendinţe mitomanice, egocentrice, manifestări histrionice, imaginaţie patologică bogată care duce la o falsificare a propriei existenţe şi la conduite din care poate trage „beneficii secundare", refugiu semiintenţional în boală, slăbiciune pulsională generală exprimată în special pe plan sexual, caractere care determină o falsificare a imaginii despre sine şi o apreciere inadecvată a valorilor umane.

Legătura comprehensibilă care totdeauna există între decompensare şi o psihotraumă recentă sau acutizată, precum şi reversibilitatea spectaculară a simptomelor. De multe ori este o disproporţie mare între amplitudinea simptomelor şi intensitatea acestei psihotraume.

Coexistenţa unor tulburări funcţionale, senzitivo-motorii, senzoriale, etc. de alură paradoxală de cele mai multe ori.

Tulburările isterice ale comportamentului alimentar : greţurile, vărsăturile, anorexia, bulimia şi-au schimbat puţin trăsăturile semiologice. Tulburările senzoriale, par să devină mai discrete. Cecităţile isterice sînt înlocuite de fatigabilitate vizuală, iar surditatea zgomotelor de intoleranţa la zgomote. Dificultăţile sexuale sînt o plîngere esenţială a multor isterici : frigiditate, impotenţă, ejaculare precoce. Este greu de stabilit dacă ele reprezintă echivalente ale conversiei sau aparţin perturbărilor obişnuite ale personalităţii isterice. Tulburările intelectuale sînt minore, dar invalidante şi tenace. Dismnezia, fatigabilitatea şi dificultăţile de concentrare a atenţiei au înlocuit marile amnezii. Ele servesc drept alibi pentru dificultăţile de muncă, eşecurile şcolare şi consultaţiile iterative. Tulburările timice şi de caracter constituie uneori veritabile simptome psihice ale conversiei. Unii isterici pretextează depresia relevată de tristeţe, oboseală, dezinteres şi nelinişte alteori, veleităţi suicidare. Spre deosebire de o afecţiune timică autentică, aceste tulburări sînt variabile şi există o nepotrivire între relatarea pacientului şi modul său real de viaţă. Riscurile tentativei de sinucidere nu sînt diminuate, întrucît presiunea agresivă asupra anturajului şi sugestibilitatea sa parcurg uşor drumul de la nivelul cuvintelor la cel al actelor. Alteori, survin episoade depresive la bolnavi care sînt isterici, complicînd diagnosticul.

Astfel, multe simptome clasice ale conversiei persistă în isteria modernă, multe altele s-au modificat. „Mai discret, ele sînt mai convingătoare, mai îngrijorătoare, mai polimorfe, mai derutante". Simptomele conversiei apar acum mai izolate, mai puţin spectaculare, discrete în expresia lor, ele nu devin prin aceasta mai puţin tenace şi invalidante. Unele isterii moderne apare asimptomatice, fără a pierde din gravitatea lor evolutivă.

Personalitatea isterică s-a modificat în contextul socio-cultural actual. Psihoplasticitatea sau tendinţa spontană de a adera şi a se conforma intens şi de factură efemeră la modele diverse, respectiv contradictorii, conferă frecvent o alură haotică biografiei unor isterici şi evocă dezechilibrul psihic. Acest aspect se întîlneşte frecvent în isteria masculină şi pune delicate probleme de diagnostic diferenţial între neuroza isterică şi psihopatia isterică. Tendinţele psihologice ale istericului şi dependenţa sa găsesc un ecou favorabil în multe structuri maternale. Hospitalismul şi pensiile de invaliditate sînt cîteodată ultimele realizări ale unor isterici. Dealtfel, modul de viaţă parazitar revendicat de isterici, eşuează la nivelul organizaţiilor sociale şi exigenţelor, dar sub pretextul bolii rezistă rejectului familial. Revendicarea agresivă se realizează dincolo de punerea în eşec a terapeutului sau acţiuni îndreptate împotriva medicilor „incapabili", „rău voitori", a superiorilor responsabili de boala sa, etc. Aceste revendicări par să evoce personalitatea paranoidă.

În funcţie de teren se cunosc diferite forme de manifestare a isteriei : — la bărbaţi sînt mai frecvent întîlnite două modalităţi de exprimare. Dezechilibrat caracterial, mitoman, cu comportament donjuanesc, alcoolic sau şters, depinzînd de menajamentul anturajului său feminin care are un rol protector ; — la copil simptomatologia este polimorfă : manierisme, panici nocturne, dureri, crize caracteriale. Rolul inductor al anturajului este predominant. Copilul imită spontan ceea ce îi este sugerat ; — la adolescent se întîlneşte mai frecvent tabloul unei depresii existenţiale, dificultăţi intelectuale sau sexuale, tulburări alimentare sau militarism contestatar. Tentativele de suicid sînt frecvente la această vîrstă. Nu trebuie pierdut din vedere faptul că aceste manifestări pot fi tot atît de bine debutul unui proces schizofrenic ; — la vîrstnici se constată mai frecvent manifestări funcţionale diverse şi schimbătoare. Ele exprimă dezordinea nevrotică care ia uneori alura unei reacţii catastrofale. Patetismul anxios şi melancolia vîrstnicilor simulează în mod primejdios căutarea isterică.

Astăzi, isteria are „măşti" mai diversificate, mai înşelătoare, mai dificil de descris, tocmai datorită faptului că sînt mai apropiate de comportamentul normal sau de tulburări revelatoare pentru unele afecţiuni somatice. Aspectele clasice descrise supravieţuiesc uneori sub forma lor originală sau alteori se pot recunoaşte printre frecventele expresii atenuate moderne. Cu toate că tabloul clinic al acestei afecţiuni s-a modificat, de cele mai multe ori, în contextul socio-cultural actual, prognosticul ei este acelaşi dat fiind şi faptul că progresele terapeutice nu au reuşit deocamdată să realizeze rezolvarea acestei mari probleme a psihiatriei.

Last decades one can establish an important mutation concerning the notion of hysteria and her different aspects. This study tries to limit some aspects we had in the activity of the Emergency Service of the Pshychiatric Hospital from Cluj-Napoca, and in ambulatory practice, too.

The hysteria is considered in this study from two fundamental points of view : conversion and hysteric personality, trying to do some comparisons and rapprochements that sometimes have a value of a synonym between the „clasical" and „modern" symptoms. The present hysteria appears under the „mask", much different, much deceptive, more difficult to describe, and that's for there are closer to a normal behaviour or to some disorders relevant for some somatic diseases.

Also, the clinical description of this diseas was changed many times in the present social-cultural cotext, her prognosis was the same as the progress of therapy didn't realize to solve this big problem of psychiatry so far.

CONTRIBUŢII LA STUDIUL UNOR PARTICULARITĂŢI DE PERSONALITATE ÎN PSIHOSINDROAMELE NEVROTICE

M. Şelaru, Adriana Coroamă, Dorina Bucur-Şelaru

— *Iaşi*

Psihosindroamele nevrotice sau nevrotiforme, reprezintă tulburări psihice la interferenţă cu normalitatea în care simptomatologia psihopatologică este dominată de acuzele obsesivo-fobice, astenie, tulburări vegetativ-emoţionale şi ale ritmului somn-veghe, fără alterarea evidentă a nivelului de integrare conştientă în raport cu normativitatea valorică psiho-socială.

Exprimarea concret individuală a simptomatologiei de mai sus ţine pentru fiecare caz în parte, de personalitatea pacientului înţeleasă ca sinteză unică a trăsăturilor temperamental-caracteriale, ideo-afective şi voliţionale determinate de modelarea acestor trăsături de către mediu socio-cultural, în raport de particularităţile interne individuale. Ca atare exprimarea clinică dinamică a simptomatologiei nevrotice va purta amprenta trăsăturilor neuro-fiziologice, psihologice şi sociale în cazul fiecărui individ, ceea ce motivează în mod evident necesitatea cunoaşterii acestor particularităţi de manifestare a personalităţii.

În vederea evidenţierii unor trăsături de personalitate şi a modificărilor acestor particularităţi în cadrul psihosindroamelor nevrotice noi am folosit testul de personalitate Woodworth—Mathewa pe un număr de 500 paciente.

Testul W—M pune în evidenţă un număr de 8 tendinţe psihice (emotivitate obsesii-psihastenie, schizoidie, paranoidie, depresie-hipocondrie, impulsiv-epileptiforme, instabilitate, antisociale) permiţînd, în funcţie de scorul realizat, aprecierea graduală (normală, accentuată sau patologică) a riscului de eşec adaptativ socio-profesional sau instructiv-educativ. În acelaşi timp testul poate evidenţia particularităţi care nu apar la examenul clinic obişnuit cum ar fi de exemplu cazurile limită de depresie larvată, schizoidie, epileptoidie etc. ca şi urmărirea dinamică a eficacităţii terapeutice.

Analizînd rezultatele generale obţinute pe lotul de paciente cu psihosindroame nevrotice am constatat că labilitatea vegetativ emoţională apare puternic accentuată la un nr. de 174 cazuri şi are caracter patologic în 193 cazuri. Putem aprecia că modificările afective apar ca evidente în 74,14% din totalul cazurilor, fiind cu o incidenţă crescută în grupele de vîrstă 40—49 ani, particularitate pe care sîntem înclinaţi să o punem în relaţie cu modificările endocrinologice şi neuro-vegetative de climax şi preclimax :

Tabel nr. 1

Grupa de vîrstă	Nr. paciente	Clasa %				
		I	II	III	IV	V
15—19	2	1/50,00%	0	0	1/50,00%	0
20—24	28	1/ 3,57%	3/10,71%	6/21,43%	11/39,29%	7/25,00%
25—29	27	0	4/ 8,51%	11/23,40%	19/40,43%	13/27,60%
30—34	28	1/ 3,57%	1/ 3,57%	3/10,71%	10/35,71%	13/46,43%
35—39	38	3/ 7,89%	2/ 5,26%	7/18,42%	19/50,00%	7/18,42%
40—44	88	1/ 1,14%	6/ 6,82%	8/ 9,09%	33/37,50%	40/45,45%
45—49	131	1/ 0,76%	12/ 9,16%	14/10,69%	33/25,19%	71/54,20%
50—54	95	3/ 3,16%	14/14,74%	13/13,68%	33/34,74%	32/33,68%
55—59	21	2/ 9,52%	4/19,05%	3/14,29%	6/28,57%	6/28,57%
60—64	14	1/ 7,14%	1/ 7,14%	1/ 7,14%	9/64,29%	2/14,29%
65—69	3	1/33,33%	0	0	0	2/66,67%

Tendinţele obsesiv-psihastenice, traducînd fenomenele de oboseală neuro-psihică reflectată în trăsăturile temperamentale şi ideo-afective în planul personalităţii bolnavului apar pe planul conştiinţei ca puternic accentuate şi cu caracter patologic la un număr de 166 şi respectiv 117 cazuri, reprezentînd 57,18% din totalul cazurilor investigate, avînd incidenţa maximă între 40—54 ani :

Tabel nr. 2

Grupa de vîrstă	Nr. paciente	Clasa %				
		I	II	III	IV	V
15—19	2	1/50,00%	0	1/50,00%	0	0
20—24	28	7/25,00%	4/14,29%	6/21,43%	7/25,00%	4/14,29%
25—29	47	7/14,89%	15/31,91%	5/10,64%	13/27,66%	7/14,89%
30—34	28	3/10,7 %	6/21,43%	7/25,60%	10/35,71%	2/ 7,14%
35—39	38	6/15,71%	6/15,79%	9/23,68%	11/28,95%	6/15,79%
40—44	88	6/ 6,82%	7/ 7,95%	18/13,74%	48/36,64%	45/34,35%
45—49	131	10/ 7,63%	10/ 7,63%	17/19,32%	35/39,77%	23/26,14%
50—54	95	15/15,79%	19/20,00%	8/ 8,42%	31/32,63%	22/23,16%
55—59	21	5/23, 8%	3/14,29%	5/23,81%	3/14,29%	5/23,81%
60—64	14	1/ 7,14%	1/ 7,14%	3/21,43%	7/50 %	2/14,29%
65—69	3	1/33,33%	0	0	1/33,33%	1/33,33%

In ceea ce privește tendințele schizotime, ca trăsături normale de reacție introvertită a pacientului în raport cu relațiile de microgrup socio-profesional, instructiv-educativ și familial am remarcat la un număr de 127 paciente trăsături puternic accentuate, iar trăsături cu caracter patologic la un număr de 88 cazuri, ceea ce reprezintă o frecvență de 43,44% față de total. Această accentuare a tendințelor normale de introversiune ține după opinia noastră de fenomenele de suprasolicitare ale structurilor vegetative și de scădere a tonusului psihologic ca urmare a instalării fenomenelor de oboseală cerebrală. Incidența crescută a acestor tendințe la vîrsta de 20—24 ani ține de fenomenele oscilatorii de asimilare și acomodare adaptativă la exigențele vieții sociale în timp ce predominanta acestor fenomene în grupa de vîrstă 40—44 ani ține de modificările determinate în plan predominant biologic :

Tabel nr. 3

Grupa de vîrstă	Nr. paciente	Clasa %				
		I	II	III	IV	V
15—19	2	0	0	1/50,00%	0	1/50,00%
20—24	28	3/10,71%	3/10,71%	12/42,86%	6/21,45%	4/14,29%
25—29	47	8/17,02%	16/34,04%	10/21,28%	10/31,28%	5/10,64%
30—34	28	7/25,00%	5/17,86%	7/25,00%	4/14,29%	5/17,86%
35—39	38	5/13,16%	9/23,68%	7/21,05%	10/26,32%	6/15,79%
40—44	88	9/10,23%	11/12,50%	22/25,00%	22/25,00%	24/27,27%
45—49	131	14/10,69%	18/13,74%	31/23,66%	41/31,30%	27/20,61%
50—54	95	21/22,11%	14/14,74%	21/22,11%	25/26,32%	14/14,74%
55—59	21	5/24,81%	5/23,81%	6/28,57%	4/19,05%	1/ 4,76%
60—64	14	1/ 7,14%	5/35, 7%	4/28,57%	3/21,43%	1/ 7,14%
65—69	3	0	0	1/33,33%	2/66,67%	0

Tendințele paranoice apar accentuate într-un număr de 101 cazuri și patologice doar în 16 cazuri. Ceea ce se cuvine să subliniem este faptul că cel mai frecvent aceste tendințe au apărut în grupa de vîrstă 40—49 ani și țin mai mult de personalități cu dezvoltări psihopatiforme la bolnave cu o evoluție îndelungată și simptomatologiei nevrotice.

Tabel nr. 4

Grupa de vîrstă	Nr. paciente	Clasa %				
		I	II	III	IV	V
15—19	2	1/50,00%	0	8	1/50,00%	0
20—24	28	4/14,29%	7/25,00%	8/28,57%	9/32,14%	0
25—29	47	12/25,23%	8/17,02%	17/36,17%	9/19,15%	1/ 2,13%
30—34	38	4/14,29%	6/21,43%	9/32,24%	9/32,14%	0
35—39	38	13/34,21%	4/10,53%	12/31,58%	8/21,05%	1/ 2,63%
40—44	88	21/23,86%	17/19,32%	26/29,55%	18/20,45%	6/ 6,82%
45—49	131	30/22,90%	23/17,56%	42/32,06%	29/22,14%	7/ 5,34%
50—54	95	30/31,58%	22/23,16%	27/28,42%	16/16,84%	0
55—59	21	8/38,10%	6/28,57%	5/23,81%	1/ 4,76%	1/ 4,76%
60—64	14	7/50,00%	4/38,57%	1/ 7,14%	2/14,29%	0

Tendinţele depresive, expresie a preocupării neliniştite pentru acuzele subiective caracteristice sindromului nevrotic, au fost puternic accentuate într-un număr de 183 cazuri şi au avut caracter patologic în 228 cazuri ceea ce reprezintă 83,03% din total, cu frecvenţă maximă între 40—54 ani, expresie a tulburărilor de tip preinvolutiv. Dintre cele 83,03% cazuri cu trăsături depresive au întrunit valorile maxime (364 puncte) un număr mic de cazuri a căror analiză a evidenţiat tabloul clinic a unor veritabile sindroame depresive de intensitate subpsihotică, iar într-un număr de 29 cazuri simptomatologia nevrotică a realizat tabloul clinic al unor stări depresiv-nevrotice cu accentuată coloratură anxioasă, care nu interferă însă nivelul de integrare conştientă a personalităţii.

Tabel nr. 5

Grupa de vîrstă	Nr. paciente	Clasa %				
		I	II	III	IV	V
15—19	2	1/50,00%	0	0	1/50,00%	0
20—24	28	4/14,29%	1/ 3,57%	3/10,71%	11/39,29%	9/32,14%
25—29	47	2/ 4,26%	4/ 8,51%	3/ 6,38%	25/53,19%	13/27,66%
30—34	28	3/10,71%	0	2/ 7,14%	13/46,43%	10/35,71%
35—39	38	5/13,16%	1 2,63%	4/10,53%	14/36,84%	14/36,84%
40—44	88	1/ 1,14%	0	5/ 5,68%	36/40,91%	46/52,27%
45—49	131	6/ 4,58	2/ 1,53%	5/ 3,82%	37/28,24%	81/61,83%
50—54	95	11/11,58%	4/ 4,21%	10/10,53%	27/28,42%	43/45,26%
55—59	21	3/14,29%	1/ 4,76%	0	12/57,14%	5/23,81%
60—64	14	2/14,29%	0	0	7/50,00%	5/35,71%
65—69	3	0	0	1/33,33%	0	2/66,67%

Raportîndu-ne la tendinţele impulsive care traduc în cazul simptomatologiei nevrotice cunoscute „astenie iritabilă" consecinţă a predominanţei proceselor de excitabilitate în favoarea celor de inhibiţie ca urmare a dezechilibrului funcţional cerebral cu reflectarea asupra şi în corelaţie cu perturbările tonusului afectiv psihologic, constatăm că impulsivitatea apare în 226 cazuri dintre care 155 prezentînd tendinţe puternic accentuate iar 111 tendinţe patologice. Tulburările manifeste sub forma unor dezinhibări impulsive fără caracter egofil, deci păstrînd caracterul egofob particular nevrozelor apar în 53,20% şi se corelează după opinia noastră cu cele de tipul introversiunii 43,44%, ca urmare a preocupării neliniştite egofobice în legătură cu acuzele subiective. Cele mai accentuate tendinţe impulsive încep a fi înregistrate cu grupa de vîrstă 40—44 ani 23,86% pentru a ajunge la grupa de vîrstă 50—54 ani la 27,37%. Această particularitate atrage atenţia în mod neîndoielnic asupra fenomenelor incipiente sau manifeste de modificare patologică preinvolutivă a substratului morfo-funcţional dinamic cerebral, ca şi a funcţiilor de reglare neuro-endocrino-umorală a economiei de ansamblu a organismului.

Tabel nr. 6

Grupa de vîrstă	Nr. paciente	Clasa %				
		I	II	III	IV	V
15—19	2	1/50,00%	0	1/50,00%	0	0
20—24	28	4/14,29%	3/10,71%	9/32,14%	6/21,43%	6/21,43%
25—29	47	4/ 8,51%	6/12,77%	13/27,66	14/29,79%	10/21,28%
30—34	28	2/ 7,14%	2/ 7,14%	8/28,57%	14/50,00%	2/ 7,14%
35—39	38	8/21,05%	10/26,32%	8/21,05%	10/26,32%	9/23,68%
40—44	88	2/ 2,27%	7/ 7,95%	27/30,68%	31/35,23%	21/23,86%
45—49	131	6/ 4,58%	12/ 9,16%	36/27,48%	47/35,88%	30/22,90%
50—54	95	13/13,68%	11/11,58%	26/27,37%	19/20,00%	26/27,37%
55—59	21	2/ 9,52%	3/14,29%	5/23,81%	6/28,57%	5/23,81%
60—64	14	2/14,29%	0	4/38,57%	7/50,00%	1/ 7,14%
65—69	3	1/33,33%	0	0	1/33,33%	1/33,33%

Tendinţele comportamentale exprimate prin fenomene de instabilitate apar puternic accentuate la 102 paciente şi patologice la 26 paciente, reprezentînd 25,86% din total şi apar cu o frecvenţă crescută între 40—44 ani şi 50—54 ani :

Tendinţele antisociale patologice apar doar în 7 cazuri (1,41%) ceea ce confirmă faptul că bolnavul nevrotic, în mod obişnuit nu intră în coliziune cu mediul social datorită structurii sale predominant egofobe, la care se poate conchide ca perturbarea conştiinţei de sine se află centrată pe propria personalitate şi nu intră în conflict cu normativitatea valorică a conştiinţei sociale :

Tabel nr. 7

Grupa de vîrstă	Nr. pa-ciente	Clasa %				
		I	II	III	IV	V
15—19	2	0	1/50,00%	1/50,00%	0	0
20—24	28	9/32,14%	3/10,71%	4/14,29%	11/39,29%	1/ 3,57%
25—29	47	14/29,79%	12/25,53%	9/19,15%	11/23,40%	1/ 2,13%
30—34	28	8/28,57%	7/25,00%	7/25,00%	6/21,43%	0
35—39	38	13/34,21%	10/26,32%	7/18,42%	7/18,42%	1/ 2,63%
40—44	88	26/29,55%	19/21,59%	14/15,91%	20/22,73%	9/10,23%
45—49	131	52/39,69%	29/22,14%	18/13,74%	22/16,79%	10/ 7,63%
50—54	95	40/42,11%	16/16,84%	16/16,84%	22/23,16%	1/ 1,05%
55—59	21	9/42,86%	7/33,33%	2/ 9,52	1/ 4,76%	2/ 9,52%
60—64	14	3/21,43%	4/28,57%	4/28,57	2/14,29%	1/ 7,14%
65—69	3	2/66,67%	0	1/33,33%	0	0

Tabel nr. 8

Grupa de vîrstă	Nr. pa-ciente	Clasa %				
		I	II	III	IV	V
15—19	2	1/50,00%	1/50,00%	0	0	0
20—24	28	17/60,17%	5/17,86%	2/ 7,14%	4/14,29%	0
25—29	47	30/63,83%	7/14,89%	4/ 8,51%	5/10,64%	1/ 2,13%
30—34	28	12/42,86%	8/28,57%	2/ 7,14%	5/17,86%	1/ 3,57%
35—39	38	26/68,42%	6/15,79%	1/ 2,63%	4/10,53%	1/ 2,63%
40—44	88	60/68,18%	13/14,77%	7/ 7,95%	5/ 5,68%	3/ 3,41%
45—49	131	89/67,94%	22/16,79%	12/ 9,16%	7/ 5,34%	1/ 0,76%
50—54	95	69/72,63%	20/21,05%	3/ 3,16%	3/ 3,16%	0
55—59	21	17/80,95%	2/ 9,5%	2/ 9,52%	0	0
60—64	14	10/71,43%	3/21,43%	0	1/ 7,14%	0
65—69	3	2/66,67%	0	1/33,33%	0	0

COMUNITATEA CA FACTOR PSIHOTERAPEUTIC ÎN EXPERIENŢA LABORATORULUI DE SĂNĂTATE MINTALĂ

Dorina Bugariu, Floarea Beste, Ildiko Grasi
— Cluj-Napoca

Psihoterapia de grup, formă socioterapică cu perhpective poate nebănuite de extindere se impune odată cu dezvoltarea ştiinţelor sociale care se validează din ce în ce mai mult ca *ştiinţe aplicate.* Una din ramurile acestora se îndreaptă spre investigarea tot mai profundă a universului micro-social, a grupului mic. În cadrul bibliografiilor publicate de Revista „Current sociology" cu privire la principalele domenii de cercetare ale sociologiei contemporane, cea afectată grupului mic deţine, în ceea ce priveşte numărul titlurilor, un loc de frunte, dacă nu primul loc. Nu întîmplător cele mai multe cercetări de *sociologie a educaţiei* au început să se desfăşoare prin prisma *metodologiei specifice grupului mic.* Recentele studii ale lui Kurt Höck, St. Leder, A. Kosewska, Ch. Kohler, I. Tögel vizează deopotrivă dinamica de grup mic şi psihoterapia de grup.

Se pare însă că această formă de socioterapie mai are încă de cîştigat prin recursul la metodele şi procedeele caracteristice grupului în general. Dacă echipa psihoterapeutică se va completa şi nuanţa, psihologul se va preocupa îndeosebi de conţinutul psihologic al fenomenelor manifestate în interiorul grupului, sociologul va insista asupra „realităţii supraindividuale" rezultate din convieţuirea indivizilor componenţi ai grupului iar sociometricianul se va opri în special asupra relaţiilor afective dintre membrii săi.

Deocamdată în practica psihiatrică grup — terapia este făcută de către psiholog sau medic avînd drept coterapeut — asistenta medicală. În această situaţie, terapeutul este obligat să cunoască elemente de sociologie.

Un studiu al notelor definitorii ale grupului mic pune în evidenţă similitudinea între acesta şi grupul psihoterapeutic.

Trecînd peste analogii care se referă la numărul de membri, relaţiile de tipul „faţă în faţă", caracteristicile legate de structura configuraţională proprie a fiecărui grup în cadrul fiecărei şedinţe avînd substructuri cu funcţii concomitente, succesive, complementare, etc., lucrarea noastră se opreşte asupra unor particularităţi cu privire la 1) *dinamica de grup,* 2) coeziunea şi sintalitatea, 3) scopurile şi rezolvările unor sarcini, 4) rolul P.T. în cele două forme de grup terapie.

Lucrarea are ca obiect htudiul a 740 protocoale semnificative din punctul de vedere P.T.-utic selecționate dintr-un număr de 790 ; s-au eliminat protocoalele cuprinzînd ședințele care nu și-au atins scopul. (Convorbiri cu privire la aspecte administrative, banale, fără angajare).

Dinamica internă (intragrupală), deși oscilantă în ambele tipuri de grupe, are ca notă dominantă în psihoterapia scurtă mobilitatea transformării situațiilor grupale, imprevizibilitatea, intensitatea relațiilor, fragilitatea echilibrului, în timp ce psihoterapia lungă cîștigă în echilibru sintalitar și în fermitatea atitudinală.

Din punctul de vedere al frecvenței unor fenomene grupale, protocoalele noastre consemnează următoarea situație : (vezi tabelul următor) :

Legendă : *Intensitatea fenomenului*

———> Intens
– – – –> Moderat

P.T.G.S. (Psihoterapia de grup pe termen scurt)			P.T.G.L. (Psihoterapia de grup pe termen lung)
←———	opoziții (conflicte de opinii)	———→	
←———	afiliere	———→	dinamica de grup
←———	intoleranță		
	toleranță	———→	
←———	încercuire	– – – –→	
←———	limitare	– – – –→	
←———	țintuire	———→	
←———	eliminare	———→	
	autoeliminare	———→	
←———	spirit de grup *	– – – –→	coeziune, sintalitate
← – – – –	solidaritate **	———→	
	omogenizarea prin caracterul remisiv al bolii, din punct de vedere socio-cultural, experiență de grup în antecedente, capacitate reflexivă, înțelegerea avantajelor P.T.	———→	
←———	heterogenitate d.p.d.v. — dg —	– – – –→	
	autonomie	———→	coeziune, sintalitate
←———	heteronomie		
	fermitate	———→	
←———	vehemență		
←———	descărcare	– – – –→	
← – – – –	analiza, interpretare	———→	
———	meditație	———→	scopuri, realizări
← – – – –	învățare	———→	
← – – – –	sentiment comunitar	———→	
←———	— *devitalizarea grupelor* (prin modificarea structurii heterogene d.p.d.v.dg., ex. : grupe de psihotici)	———→	fenomene nedorite
	— *stingerea grupelor*	———→	

* *a fi în concordanță* cu cineva, a fi de acord (aspect exterior).

** *care este legat* (de cineva sau ceva) printr-o unitate de *concepții*, *interese*, *sentimente*).

Intercomunicarea — în grup presupune în acelaşi timp o dinamică a dezvăluirii bolnavului psihic prin relaţiile pe care le stabileşte preferenţial cu fiecare membru al grupului, prin deschiderile diferenţiate, prin simpatiile şi indiferenţa sa uneori prin ostilitate; membrii grupului manifestă trăiri şi „tendinţe" ce pot rămîne altfel ascunse. Prin această calitate situaţia grupală, test situaţional, are o valoare *psihoterapeutică indirectă* (de cunoaştere nuanţată a bolnavului) atît de necesară în abordarea terapeutică individuală.

Grupul defineşte, aşadar, persoana prin spectrul real al preferinţelor şi alegerilor concomitent cu conţinuturile atitudinale în faţa unei teme unificatoare.

Unul din cei mai importanţi „arbitri" care „leagă" şi desleagă grupul este *timpul*. În psihoterapia scurtă (aproximativ 10 şedinţe — la 6 săptămîni) se constată relaţii, interese cu caracter provizoriu, spirit de grup puternic dar de scurtă durată eficient în rezolvarea unor probleme „aici şi acum" spre deosebire de psihoterapia de lungă durată (150—200 şedinţe în 24 luni) care presupune relaţii modelate în timp prin actul repetat al comunicării, al întrepătrunderii şi identificărilor. Datorită fragilităţii relaţiilor interpersonale (raporturi interpersonale multiple superficiale şi inconstante) în P.T.G.S. se constată o tendinţă la extinderea „grupului de referinţă" al persoanei; astfel consemnăm tendinţa multor pacienţi de a participa în aceiaşi perioadă la mai multe grupe terapeutice. Treptat legăturile devin mai trainice, mai profunde; P.T.G.L. — notează conduitele de adeziune prin preferinţa pentru un anumit grup. De aici şi tendinţa spre închidere a grupului pe termen lung comparativ cu caracterul deschis, chiar proteic al grupelor terapeutice pe termen scurt. În ciuda acestor particularităţi ale P.T.G.S. temele specifice ale grupului şi natura vulnerabilităţii pacienţilor selecţionaţi pentru P.T.G.S., facilitează descărcări ample şi chiar informarea prin comunicare. Grupul reprezintă un cadru adecvat care se poate înscrie în seria tehnicilor de susţinere şi catalizare facilitînd totodată *învăţarea* unor răspunsuri „mai apropiate" prin persuasiune, sugestie şi prestigiu egalitar.

În grupul pe termen scurt relaţiile intercomunicante se definesc prin intensitate, în P.T.G.L. acestea cîştigă în profunzime şi solidaritate, adîncirea reciprocităţii şi simultaneităţii comunicării tuturor membrilor grupului. Actul comunicant în grupul P.T.G.L. subliniază şi amplifică diferenţele interpersonale existente dar integrează mai eficient fiecare persoană diferenţiată în unitatea grupului, individualizează partenerii complementari prin „unitatea sintalitară". Grupele psihoterapeutice sînt cu atît mai eficiente în ambele forme grupale cu cît caracterul lor, este mai heterogen din punctul de vedere al diagnosticului.

În grupele de schizofreni se constată în special la formele P.T.G.L. o scădere a dimensiunii nivelice a comunicării, izolarea în colectivităţi de schizofreni duce la devitalizarea grupelor şi implicit la o *convieţuire* aplatizată. O altă perspectivă indezirabilă este stingerea grupelor de schizofreni prin binecunoscutele perturbări de ordin afectiv-conativ.

Experienţa noastră ne-a dovedit atenuarea trebuinţei de concluzii; astfel dacă în grupele pe termen scurt se constată modelul de şedinţe cu o concluzie cît de vagă, iată grupele pe termen lung îmbracă modelul şedinţelor cu „va urma". În timp ce în varianta scurtă ultima şedinţă poate fi punctul culminant, sau oricum de o importanţă deosebită pentru pacient în celălalt tip de grup prezenţa la ultima şedinţă poate trece „neobservată" fiind urmată de o autoeliminare spontană, discretă prin independentizarea şi consolidarea treptată a eficienţei social-pragmatice.

Resocializarea bolnavilor psihici are şanse de validare în condiţiile unor grupe heterogene din punctul de vedere al diagnosticului a căror activitate se înscrie într-un sistem socio-terapic complex (clubterapie, cultterapie, terapie ocupaţională, etc., într-un cadru care răspunde principiului izomorfismului, în structuri grupale analoage microgrupurilor sociale în general.

Sub semnul principiului comunitar, experienţa LSM-ului consemnează diferite acţiuni ale grupului psihoterapeutic: organizarea unor festivităţi, participarea la manifestările cenaclului „Victor Papilian" al Spitalului Clinic judeţean, contribuţii în acţiuni de protocol, donaţii în beneficiul LSM-ului, vizite la domiciliu, spital (la pacienţii aflaţi în tratamente de altă specialitate) excursii, vizitarea unor expoziţii, obiective turistice etc.

Grupul primar pe termen scurt — benefic în sine — poate reprezenta un preambul pentru intrarea în grupele psihoterapeutice de „cursă lungă". Acest tip de grup devine o nouă instanţă, o instanţă morală şi cu înaltă forţă de înţelegere, sancţiune, absolvire şi decizie. Acest proces lent şi rafinat, inegal în semnificaţia sa psihoterapică dar continuu în intenţia menţinerii unei psihoigiene face posibilă recuperarea şi conservarea calităţilor umane comunicante. Iar aceste calităţi ating prin meditaţia în şi prin celălalt, expresia optimă a naturii umane.

SISTEM TERAPEUTIC PSIHIATRIC ŞI AXIOTERAPIE

M. Lăzărescu
— *Timişoara*

Prognozele ce descriu prea clar un viitor îndepărtat sînt utopii, semnificative în primul rînd pentru concepţia despre lume a vremii în care au fost redactate. De altfel, în orice prognoză asupra societăţii umane, limbajul epocii e prezent. În continuare vom încerca un comentariu despre viitorul nu prea îndepărtat al psihiatriei, privită ca sistem terapeutic şi „axioterapie“.

Punctul de plecare al discuţiei poate fi înţelegerea psihiatriei ca practică terapeutică. De altfel, medicina în ansamblu (din care psihiatria face şi va mai face parţial parte) este o practică socială terapeutică ce-şi are dezvoltat un domeniu teoretic corelativ, de cunoaştere ştiinţifică şi doctrină. Termenul de terapie merită să fie înţeles în semnificaţia sa originară, etimologică; terapeutul, în înţelesul grec al termenului, înseamnă slujitor. Terapeutul medical, psihiatric, este slujitorul omului bolnav, a omului suferind, slab, aflat pe drumul impasului, minusului, dezorganizării. Practica a însemnat, la rîndul său, timp de 2000 ani (de la Aristotel la Kant) act moral. Desigur, din secolul trecut şi pînă astăzi, prin practică se înţelege şi acţiune socială organizată şi instituţionalizată, nu numai făptuitoare ci şi productivă. Dar sensul moral al „practicului“ nu poate dispare. Practica socialmente organizată şi instituţionalizată, de producere a stării de sănătate, bine, fericire, de prevenire a bolii, a răului, acţiune încărcată de responsabilitate şi de sens etic. Practica psihiatrică, practica psihiatrului, va fi acţiunea organizată şi instituţionalizată social, de slujire a omului bolnav, suferind, slab, anormal, în impas existenţial, angajat pe calea denivelării şi dezorganizării personalităţii sale. Trebuie subliniat că o mare parte din modurile de acţiune ale psihiatrului constau din instituţionalizarea organizată — marcată de tehnologie — a unor modalităţi de trăire, raportare şi acţiune interumană „naturale“. Aşa e mai ales psihoterapia şi socioterapia, ambele presupunînd angajarea valoric morală, adică „axio-terapie“. Una din problemele care se cer clarificate într-un viitor apropiat este definirea raporturilor şi tranziţiilor — uneori fluide — dintre modalităţile „terapeutice“ naturale ale existenţei umane individuale şi sociale pe de o parte şi modalităţile psiho-socio-terapeutice, standardizate şi „tehnologizate“. Este evident că psihiatrul trebuie să folosească toate resursele de „vindecare“, normalizare, ajutor şi sprijin ce există spontan în viaţa curentă.

Vorbind într-un limbaj al zilelor noastre, se poate folosi terminologia Teoriei Generale a Sistemelor, pentru a se comenta în prezent şi într-un viitor previzibil, practica terapeutică psihiatrică. Deşi această meta-teorie pare modernă şi e azi la modă, ea se înscrie într-o tradiţie importantă a gîndirii europene, ce coboară de la Leibnitz prin Kant şi neokantieni spre noi. Relativa formalizare pe care ea o permite în prezent, ţine de domeniul său de mare generalitate nespecifică, care se pierde parţial în aplicarea ei la un sector dat de realitate, cum e cel de faţă. Teoria Generală a Sistemelor — şi în general abordarea sistemică a problemelor practico-teoretice — induce o relativă echivalenţă între diversele nivele sau sectoare ontologice ştergînd în mare măsură specificitatea lor. Abordînd omul din această perspectivă, el va putea fi descris şi comentat ca o fiinţă bio-psiho-socială, dar în mare măsură cu ignorarea specificului său spiritual, etc. Asupra acestui risc atrăgea atenţia încă din 1970, chiar Bertalamffy, referindu-se în mod direct la psihiatrie şi subliniind că înţelegerea spirituală a omului (ca fiinţă creatoare de simboluri) presupune înţelegeri şi metodologii complementare. De aceea, viitorul psihiatriei, lecturat în perspectivă sistemică, obligă la sublinierea dimensiunii sale etice, spirituale, posibil a fi exprimată prin „axioterapie“.

Dacă punem între paranteze pentru moment dimensiunea teoretică a psihiatriei (constînd din ansamblul cunoştinţelor ştiinţifice cuprinse într-o concepţie antropologică şi marcate doctrinar) şi presupunem o dezvoltare continuă a acestui cîmp teoretic, atunci rămîne să fie comentat însăşi sistemul terapeutic psihiatric, desigur, tot dintr-o perspectivă teoretică. Acest sistem constă din instituţii şi practici terapeutice de diverse tipuri, organizate teritorial, implicînd specificităţi şi o relativă centralizare. Acest sistem e de conceput în interrelaţie cu instituţiile medicale şi sociale adiacente şi concentrice precum şi cu macrosistemul social, dat conjunctural.

O primă problemă se ridică în legătură cu instituţiile terapeutice, considerate acum ca subsisteme ale sistemului terapeutic. Terapia psihiatrică se poate face ambulator, semiambulator sau în instituţii cu rezidenţă periodică sau prelungită. Tipul instituţiilor terapeutice prezente într-un sistem merită să fie evidenţiat, descris şi definit. Această definire va depinde de obiectivele instituţiei, circumscrise mai ales prin serviciile acordate. În prezent ele sînt axate pe asistenţă, terapie intensivă, resocializare, reprofilare socio-profesională, la diverse vîrste. Instituţiile se mai definesc şi prin apropierea fizică şi funcţională de cadrul sistemic de existenţă naturală a persoanei (familie, plan socio-profesional). Există sanatorii de tip „seră“, îndepărtate de toposul existenţial al individului, unde el se duce pentru „refacere“ ca la o mănăstire, alături de instituţii semiambulatorii care cultivă osmoza cu existenţa cutumieră. E de imaginat că o astfel de polarizare a tipurilor de instituţii va mai dăinui încă o bună bucată de vreme.

Dintre instituţiile psihiatrice un comentariu special merită clasicul spital de psihiatrie, plasat în centrul, la periferia sau la oarecare distanţă de aglomerările rezidenţiale, urbane (nu discutăm situaţia, previzibilă totuşi, cînd oraşul în sensul său clasic va disparea). Spitalul de psihiatrie e un subsistem al sistemului terapeutic, dar, prin el însăşi poate fi considerat un sistem deschis. Evoluţia sa va depinde de modul său de organizare interioară, care presupune o anumită structurare deontică (a ceea ce e permis, interzis, obligator), serviciile acordate, programele ce le oferă. Desigur, pe primul plan sînt serviciile de diagnostic şi terapie. Activitatea terapeutică depinde şi va depinde de calitatea profesională şi morală a personalului. În cadrul personalului, deşi medicii joacă un rol central, ceilalţi membri ai echipei terapeutice pot şi trebuie să participe în măsură aproape egală la terapie, în cadrul viziunii „comunităţii terapeutice“. Nu numai psihologul şi sociologul, instructorul de ergoterapie, profesorul de sport, meloterapeutul, responsabilul cu activităţile culturale etc., ci toate cadrele medii şi ajutătoare, care se află în permanenţă lîngă pacient, intervin şi vor interveni ca factori esenţiali în terapie. Şi nu mai puţin, personalul administrativ şi în general administraţia, care este şi va fi parte integrantă a terapiei. Relaţiile interpersonale şi grupale ale personalului instituţiei, precum şi raportul şi osmoza sa cu pacienţii, sînt un factor ce se cere în permanenţă analizat şi manipulat cu sens terapeutic. În privinţa programelor, modalităţile naturale şi obişnuite ale existenţei umane urmează să facă parte constant din viaţa instituţiei. Adică manifestările cultural spirituale de toate felurile, precum şi sportul, munca, relaxarea, contemplarea, dezbaterile, comentariile. Instituţia terapeutică va modela astfel marea societate, dar sub forma unei epure, cu evitarea a ceea ce este zgomot, tensiune, agitaţie, fals, brutalitate, rea credinţă, nonvaloare. Pentru lumea unor fiinţe înstrăinate interior, în instituţia psihiatrică se poate oferi o imagine epurată şi dezirabilă a structurii socio-culturale a lumii contemporane. În cadrul programelor — ce se desfăşoară comunitar! — se poate simula şi realiza şi o relaţie interpersonală şi comunitară, mai apropiată de ideal. În sfîrşit, structura deontică, care joacă şi ea inevitabil un rol terapeutic pozitiv sau negativ, trebuie să fie cunoscută şi manipulată. Permisivităţile, interdicţiile şi obligaţiile prezente în plan instituţional şi comunitar, pot fi factori modelatori. Acest univers instituţional va fi un „sistem deschis“, asigurînd o osmoză controlată şi dirijată cu marea societate din preajmă, nu numai prin existenţa dirijată a pacientului în afara instituţiei ci şi prin introducerea în instituţie a vieţii socio-culturale, filtrate; adică a variatelor spectacole artistice sau sportive care se pot desfăşura aici, la un nivel valoric şi moral mai înalt. Instituţia psihiatrică îşi va putea permite — şi trebuie să-şi permită — să modeleze în interiorul ei lumea contemporană, într-o modalitate mai pură, mai elevată.

Toate aceste probleme, care au fost menţionate la nivel instituţional, urmează să fie ghidate de sensuri valorice, etice, elevate. Experienţa suferinţei şi a bolii merită să fie înconjurată de ambianţa unei lumi valorice. Dar ar fi greşit să se instituie şi să se întreţină o iluzie. Lumea nebuniei este un laborator natural al unor modalităţi de trăire umană. Ea va putea ocaziona un laborator artificial al vieţii socio-spirituale, ca etapă pentru o întoarcere înnoită a pacientului în viaţa curentă. Dacă sistemul terapeutic psihiatric se va putea dezvolta în acest sens, va fi desigur un cîştig. Aceasta nu va putea însă anula necesitatea angajării practice, tehnico-medicale dar şi moral spirituale a terapeutului individual în raport cu persoana individuală a pacientului, în vederea redimensionării sale în plan moral. A redimensionării sale pentru un înţeles solid şi profund al libertăţii individuale, a sensului posibil al fericirii, a capacităţii de a ajunge la seninătate, conjugată cu patos şi responsabilitate în angajarea existenţială. Doar astfel se va putea face — ceea ce este de dorit în viitorul psihiatriei — şi „axioterapie“ în cadrul unui sistem terapeutic psihiatric ce tinde spre înalte valori.

In this paper the General Theory of Systems is evoked as a methological guide. The individual therapeutical actions are considered to be comprised within the therapeutical institution, as component parts of a therapeutical system, this being also included in the medical system and in other socio-cultural ones. Furthermore is done an analyses of the psychiatrycal institution, from the point of view of its deontological structure, of the working people's included in the „therapeutical community“, as well as the services and programmes that the institution offers. In a future developement these institutions will be organized so as to allow the modelling of the socio-cultural being, but in superior axiological sens. The psychiatrycal institution may become a „laboratory“ not onlq for the rebuilding of the psychological equilibrium of the pacient but also for her gaining of a new value. On this backgraund the individual therapeutic actions can take place, these also follouing the moral redimentioning of the previous pacient. Future psychiatry must take into account its moral and systemic perspectives.

IMPLICAŢII PSIHOPATOLOGICE ÎN TRANSPORTURI

M. Şelaru
— *Iaşi*

În condiţiile de tehnicizare actuală, implicaţiile diagnosticului psihiatric capătă o importanţă deosebită privind interrelaţiile sociale şi în mod particular în problemele legate de siguranţa circulaţiei.

Perturbarea dinamicii proceselor psihice se reflectă negativ nu numai în conţinutul proceselor afective sau a proceselor de cunoaştere luate în parte, ci şi asupra personalităţii în general cu trăsăturile sale temperamentale, caracteriale şi voluţionale exprimate eventual şi prin elemente patologice temperamentale în ceea ce priveşte intensitatea, echilibrul şi mobilitatea proceselor fundamentale de exitaţie şi inhibiţie, cît şi a trăsăturilor de atitudine faţă de mediul social, trăsături diferenţiate prin educaţie pe fondul însuşirilor constituţionale ale tipului de sistem nervos. În consecinţă, considerăm că afecţiunile psihice, indiferent de sidromatica, evoluţia şi etiologia lor nu implică numai aspectele negative biopsihologice ale persoanei în cauză, ci concomitent implică analiza condiţiilor de mediu în care se află, subiectul în corelaţie directă cu problemele siguranţei circulaţiei.

Complexitatea aspectelor psihopatologice şi psihiatrice care necesită a fi luate în studiu privitor la măsurile medicale profilactice ale accidentelor de circulaţie implică în consecinţă o apreciere unitară a nivelului de conştiinţă a conducătorului auto, nivel în dinamica căruia se cuprind, ca parametri fundamentali, starea iniţială a ANS cu interrelaţiile ei fundamentale viscero-umorale şi metabolice, reactivitatea psihomotorie, vîrsta, şi eventual afecţiunile psihice în raport cu caracteristicile lor.

Perturbările psihopatologice la limita cu normalitatea, ca de exemplu nevrozele sau psihopatiile pot, în unele condiţii, să genereze implicaţii negative în ceea ce priveşte siguranţa circulaţiei deşi discernămîntul critic al acţiunilor şi urmărilor acestor acţiuni este conservat.

În ceea ce priveşte nevrozele propriu-zise, indiferent de forma lor clinică, se caracterizează fundamental printr-o preocupare neliniştită, cu contractură penibilă ideo-afectivă obsesivo-fobică în legătură cu ceea ce se întîmplă sau ceea ce se poate întîmpla în mod negativ cu persoana sa.

Referindu-ne la nivelul de conştiinţă al nevroticilor, remarcăm faptul esenţial că, datorită stărilor ideo-afective de teamă şi reţinere auto-analitică, nu au de regulă implicaţii infracţionale, iar în cazul conducătorilor auto remarcîndu-se evitarea exercitării acestei activităţi complexe.

Aspecte deosebite ridică psihopatiile, afecţiuni psihiatrice în interferenţă cu normalitatea. Psihopaţii prezintă o personalitate dizarmonică constituţională, cu funcţiile de cunoaştere eventual bine dezvoltate însă cu insuficientă capacitate de frînare asupra reacţiilor instinctivo-emoţionale, precum şi anormalităţi caracteriale obiectivate prin pervertirea sau agenezia sentimentelor moral-sociale. În multe cazuri, psihopaţii prezintă polarizări toxicomaniace şi tendinţe infracţionale, îndeosebi în condiţii de inducţie vicioasă.

Deşi în mod principial diagnosticul de psihopatie nu ar constitui aparent o contraindicaţie absolută pentru profesia de conducător auto, aceştia avînd adeseori o celeritate psiho-motorie remarcabilă, totuşi îndeosebi în cazurile de polarizare narcofilică sau perturbări manifeste de comportament, acordarea dreptului de conducere a unui autovehicul apare, din punct de vedere psihiatric, ca riscantă datorită caracterului de dezechilibru permanent al personalităţii. În cazul dezechilibrelor personalităţii de tip psihopatic este necesar a se analiza cu atenţie, în cazul conducătorilor de autovehicule, şi interrelaţiile dintre structurile psihopatice constituţionale şi tulburările de comportament consecutive encefalopatiilor exogene (traumatice, toxice, infecţioase), remarcîndu-se îndeosebi rolul traumatismelor cranio-cerebrale în generarea sau agravarea tulburărilor de comportament, cît şi a manifestărilor de tip epileptic sau a stărilor de beţie patologică.

În cazul encefalopatiilor post-traumatice, cu sau fără tulburări psihice manifeste la prima vedere, aprecierea capacităţii de conducere necesită a fi analizată şi supravegheată cu foarte multă atenţie avînd în vedere faptul că defectul rezidual manifestat sub forma tulburărilor de comportament sau de reglare fină reflex-condiţionată a reactivităţii psiho-motorii poate avea o lungă latenţă ce se întinde uneori de la 1 la 20 ani, fiind obiectivabilă doar prin examen pneumoencefalografic sau electroencefalografic, însă mai uşor decelabil la un examen psihotehnic calificat şi detaliat.

Redăm pentru exemplificare două observaţii din expertiza medico-legală psihiatrică: Obs. 1. Pacientul C.M. de profesie şofer, a fost expertizat pe data de 28.II.1963. În istoric se notează că în anul 1956 a suferit un accident grav în timp ce conducea un autovehicul care s-a soldat cu decesul a doi pasageri şi traumatism encefalic pentru pacient. Examenul pneumoencefalografic a decelat o atrofie cortico-frontală de aspect insular. Pe baza investigaţiilor clinice şi de laborator se elaborează diagnosticul de „Psihopatie ciclotimică constituţională". Se notează de asemenea fenomene de beţie patologică.

Obs. 2. Pacientul S.C. din Bacău, de profesie şofer, a fost expertizat pe data de 9.I.1965. În istoric se notează că în anul 1940 a suferit un traumatism cranio-encefalic cu fenomene meningo-encefalice post-traumatice. La examenul PEG efectuat în clinică se constată că există o dilatare simetrică a ventriculilor cerebrali cu atrofie corticală în regiunea frontală. Din punct de vedere clinic, prezenta mitomanie, insensibilitate moral-socială, crize depresive alternînd cu crize de irascibilitate. În cazul tulburărilor comportamentale pacientul a fost învinuit de furt de autovehicule. Pe baza examenului clinic şi a datelor de laborator, se pune diagnosticul de „Psihopatie epileptoidă post-traumatică cu atrofie corticală consecutivă".

Pentru aceasta considerăm că analiza situaţiei conducătorilor auto în cazul unui traumatism cranio-encefalic necesită a fi studiată cu exigenţă, atît pentru aspiraţii cît şi pentru posesorii dreptului de conducător al unui autovehicul.

În cazul conducătorilor de autovehicule profesionişti care prezintă sechele de encefalopatie post-traumatică sau de altă natură, se recomandă utilizarea în munci de atelier sau în altă activitate de profil tehnic, în afara siguranţei circulaţiei.

Referindu-ne la boala epileptică — indiferent de cauzele ei etiologice exogene sau endogene — caracterizată fundamental prin crize periodice de suprimare de scurtă durată a conştiinţei, însoţite sau nu de cădere şi convulsii sau de tulburări psihice interparoxistice, activitatea de conducător de autovehicule apare în consecinţă ca o contradicţie absolută.

Manifestările psihopatologice ale bolii epileptice depind de o complexitate de factori printre care cităm: starea reactivităţii generale a organismului, localizarea, caracterul şi punctul de plecare a focarului lezional, condiţiile de mediu în care se desfăşoară munca, circumstanţele de ordin psihologic, precum şi motivarea acţiunilor. De multe ori, cel care doreşte să obţină o calificare de conducător auto nu ştie că este purtătorul unei asemenea boli, ca în cazurile de epilepsie larvată sau oligosimptomatice cînd apariţia paroxismelor comiţiale poate fi favorizată de inhalarea gazelor de combustie, supraîncordarea proceselor de ANS, stimularea luminoasă intermitentă în cursul nopţii pe şoselele cu circulaţie intensă.

Particularităţile psiho-patologice ale personalităţii bolnavului epileptic ca: lentoare ideo-motorie şi afectivă, adezivitatea, iritabilitatea explozivă şi mai ales perseverența pot face ca, în cazul deficitului de discernămînt critic, să ducă la o disimulare a crizelor convulsive, soldate ulterior cu accidente de circulație.

În corelație cu paroxismele comițiale, (indiferent de forma lor clinică — crize majore, absențe sau echivalențe psiho-motorii), este necesar a lua în considerare și crizele de beție patologică pe care unii autori le includ tot în cadrul manifestărilor paroxistice de tip comițial, îndeosebi pe baza studiilor electroencefalografice, alcoolul acționînd în aceste situații chiar în cantități mici ca un factor agravant al epilepsiei larvante. De o deosebită importanță considerăm examenele periodice ale conducătorilor de autovehicule, mai ales a personalului vîrstnic la care fenomenele de ateroscleroză influențează în mod evident activitatea nervoasă superioară, în contrast cu un fond psihic premorbid satisfăcător, și care în urma acestor modificări duce la alterarea mai mult sau mai puțin evidentă a reactivității psiho-motorii. Aceleași considerații se referă și la perturbările psihopatologice de natură encefalodistrofiantă, primare sau secundare, cu etiologie diferită (procese meningo-encefalice, traumatice, toxice-infecțioase, discrinice sau viscero-metabolice).

În toate aceste afecțiuni, pot exista perturbări mai mult sau mai puțin exprimate ale funcțiilor ideo-afective (percepție, reprezentare, memorie, raționament, etc.), asociată sau nu cu tulburări neurologice care se reflectă în perturbarea reactivității psihomotorii care, în cazul conducătorilor de autovehicule, se pot obiectiva prin scăderea atenției, maleabilității, plasticității, mobilității și posibilităților de comutare conștientă în acțiune sau non-acțiune, a proceselor psihice cu consecințe negative asupra efectuării adecvate a proceselor psiho-motorii.

Deși s-ar părea că asupra psihozelor s-a căzut în unanimitate de acord că există o strictă incompatibilitate cu calitatea de conducător auto, rămîn totuși în discuție problemele referitoare la debutul neuroasteniform al unor psihoze, cum ar fi : ateroscleroza cerebrală, paralizia generală progresivă, schizofrenia etc.

În acest sens, redăm observația unui pacient A.G. de 29 ani, elev al unei școli de șoferi, internat în clinica psihiatrică Iași pentru tulburări psihice caracterizate prin disociație ideo-afectivă, delir polimorf nesistematizat, negativism, fenomene de baraj psihic, tendință la izolare. Pe baza examenului psihiatric s-a pus diagnosticul de „schizofrenie". De menționat că manifestarea psihică morbidă avea o evoluție de doi ani de zile înaintea internării în clinică. După remisiunea tulburărilor psihice, în urma tratamentelor aplicate, s-a indicat incompatibilitatea pentru conducerea de autovehicule.

Este evident că, în cazul psihozei discordante care poate debuta insidios, oligosimptomatic cu fenomene de deteriorare instinctivo-emoțională, însă cu păstrarea relativă a proceselor de cunoaștere luate în parte dar disociate în contextul gîndirii logice, așa cum a fost în cazul mai sus citat, admiterea în școala de conducători auto constituie o incompatibilitate care necesită a fi stabilită prin examen de specialitate.

Enunțarea datelor în legătură cu implicațiile diagnosticului psihiatric în siguranța circulație, implică în mod logic sublinierea necesității examinării psihotehnice și psihiatrice atît a aspirațiilor la dreptul de conducător de autovehicule, cît și controlul periodic al posesorilor acestui drept.

În baza considerațiilor succinte expuse mai sus, se impun următoarele concluzii : 1. Afecțiunea psihică, indiferent de cauza sa etiologică și de manifestarea sindromologică, influențează în mod negativ, mai mult sau mai puțin evident, reactivitatea psihomotorie a bolnavului, precum și capacitatea de integrare conștientă a condițiilor de mediu natural și social.

2. Pentru evitarea accidentelor de circulație se impune un examen clinic complex a reactivității psihice, atît a aspirațiilor la dreptul de conducător de autovehicule, cît și controlul periodic al tuturor posesorilor acestui drept.

3. Elaborarea unui barem de investigație complexă a tuturor aspiraților și posesorilor brevetului de conducător auto.

INCIDENȚA MIOPIEI LA UN LOT MARE DE BOLNAVI CU DIFERITE AFECȚIUNI PSIHICE

Otilia Eugenia Baciu
— Iași

O problemă ce nu trebuie neglijată de oftalmolog, este aceea a răsunetului asupra stării psihice, a unei deficiențe în sfera oculară însoțită de tulburarea funcției vizuale, congenitală sau cîștigată.

Valoarea afectivă a ochiului asupra individului, cît și influența asupra dezvoltării personalității și comportamentului în relațiile sociale sînt bine cunoscute. Pornind de la ideea importanței ce o are asupra stării psihice a bolnavului, integritatea anatomică și funcțională a organului vizual, am cercetat incidența miopiei la un lot de 24 500 bolnavi cu diferite afecțiuni psihice, interneați în spitalul clinic de psihiatrie „Socola" Iași.

Din numărul total de bolnavi din lotul respectiv am depistat 349 subiecți cu miopie, reprezentînd o proporție de 1,43%, dintre care 128 (36,68%) sînt bărbați și 221 (63,32%) sînt femei.

După gradul miopiei, lotul cercetat se repartizează astfel : 219, (62,75%) față de total număr miopie depistată — miopii mici : 62 (17,77%) — miopii medii şi 68 — (19,48%) miopii forte.

După vîrstă, procentul mai mare il oferă grupa între 20—50 ani — 288 — (82,52%) care este însă aparent, deoarece din investigaţiile efectuate, miopia a apărut în timpul adolescenţei.

Procentul scade evident după 50 de ani — 30 — (8,60%) din cauza presbiţiei care compensează miopiile mici.

Repartizarea după ocupaţie : 218 — (62,48%) — sînt salariaţi şi numai 131 — (37,54%) — nesalariaţi, frecvenţă care se suprapune cu procentul mai mare de salariaţi internaţi în spital.

Majoritatea 263 — (75,33%) au provenit din mediul urban, faţă de 86 — (24,67%) din mediul rural şi aici frecvenţa suprapunîndu-se cu procentul mai mare de internări a celor din mediul urban.

Diagnosticul neuropsihic al bolnavilor depistaţi cu miopie, este reprezentat în tabelul redat în anexa 1.

Din analiza tabelului, rezultă că numărul cel mai mic miopii (sub 1%) îl găsim la bolnavii cu debilitate mintală şi alte cauze.

Urmează etilismul cronic, la care miopia evoluează pe un psihic degradat şi pentru care corecţia viciului de refracţie nu constituie o necesitate şi care reprezintă un procent de 1,43%. Încercările de a corecta viciile de refracţie, la cele 5 cazuri întîlnite, s-au izbit de totala indiferenţă a subiecţilor.

Epilepsia, sechele postencefalitice, comiţialitatea şi psihozele maniaco — depresive se încadrează în proporţie între 2% şi 6,88%, incidenţa care se suprapune pe cea întîlnită în populaţia normală.

Neurastenia şi sindromul nevrotic cu diferite coloraturi (fobic, anxios, depresiv etc), prezintă proporţiile cele mai mari (19,48% pentru neurastenie şi 54,44% pentru sindrom nevrotic).

De asemeni, constatarea prezenţei miopiei, în multe cazuri necorectate, raportată la lotul nostru, ne face să concludem că aceasta poate constitui un factor generator sau de întreţinere a afecţiunii psihice.

Proporţia mare de miopii 54,44% pe total lot, din care 42,65% miopii forte, 48,39% miopii medii şi 59,82% pentru cele mici, în sindromul nevrotic, constituie o infirmitate pentru aceşti bolnavi care sînt nişte handicapaţi sociali şi care pe un teren predispus generează şi accentuează cu uşurinţă starea psihică. Din acest motiv, bolnavii devin reţinuţi, nesociabili, alţii se simt persecutaţi şi în complex de inferioritate faţă de anturaj.

Deficienţa oculară le alterează personalitatea, transformîndu-i în nişte izolaţi, unii devin irascibili şi admit cu greutate corecţia optică. În general, prescripţia de ochelari pentru miopii tineri este importantă psihologic deoarece rămînînd cu defectul lor optic necorectat, ei se dezvoltă şi în limitele unei lumi reduse, — în care au dezavantaje în comparaţie cu alţii, handicap care poate genera o limitare a inteligenţei şi o reducere a interesului pentru realitatea înconjurătoare. Evadarea lor se face în lucruri subtile, evită sporturile, au o tendinţă spre introspecţie ; crescînd au tendinţe spre obiceiuri mentale intervertite şi curiozităţi.

De aceea, un rol important îi revine oftalmologului care prin depistarea şi corectarea la timp a acestor ametropii, poate contribui la ameliorarea afecţiunii psihice, sau chiar să o prevină în rîndul adolescenţilor şi a tinerilor.

Prezenţa, la un cabinet de consultaţii oftalmologice a diferitelor sindroame nevrotice şi neurastenice cu ametropii mici şi în special cu miopii necorectate, nu trebuie să lase indiferent pe oftalmolog, care trebuie să depună eforturi, uneori chiar împotriva voinţei bolnavului, pentru o corecţie optică cît mai bună, care indirect rezolvă sau ameliorează şi componenta psihică, cu condiţia ca această intervenţie să fie făcută cu mult tact, explicînd bolnavului că purtarea ochelarilor se impune ca o necesitate.

Din experienţa noastră, avînd posibilitatea de a revedea aceşti bolnavi, care periodic revin în spital pentru control, sau reinternări şi cărora la internări anterioare li s-a făcut o corecţie optică bună pentru miopia pe care o prezentau, purtînd un timp ochelari corespunzători, constatăm la o bună parte din ei, că starea psihică este mult ameliorată sub aspectul modului în care s-au integrat în activitate şi a comportamentului lor faţă de anturaj, reeşită însăşi din afirmaţia lor : „de cînd port ochelari, mă simt mult mai

ANEXA 1

Incidenţa miopiei în diferite afecţiuni psihice
Lot de 24 500 subiecţi examinaţi cu 349 cazuri miopie

Nr. crt.	Afecţiunea	Total cazuri		Miopii forte		Miopii medii		Miopii mici	
		Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%
1.	Debilitate mintală	3	0,86	2	2,94	—	—	1	0,46
2.	Alte	3	0,86	1	1,47	1	1,61	1	0,46
3.	Etilism cronic	5	1,43	1	1,47	—	—	4	1,83
4.	Epilepsie	7	2,00	1	1,47	1	1,61	5	2,28
5.	Sechele post encefalitice	9	2,58	3	4,41	2	3,23	4	1,83
6.	Schizofrenie	17	4,88	3	4,41	5	8.07	9	4,11
7.	Psihoze maniaco depresive	23	6,59	7	10,29	7	11,29	9	4,11
8.	Comiţialitate	24	6,88	7	10,29	2	3,23	15	6,85
9.	Neurastenie	68	19,48	14	20,59	14	22,58	40	18,27
10.	Sindrom nevrotic	190	54,44	29	42,65	30	48,39	131	59,82
	TOTAL	349	100,00	68	100,00	62	100,00	219	100,00

bine", afirmaţie căreia trebuie să-i acordăm o mare valoare.

Din analiza datelor noastre, rezultă următoarele concluzii :

1. Miopia păstrează în general în bolile psihice aceeaşi frecvenţă ca şi în populaţia normală.

2. Debilitatea mintală şi alte cauze este foarte rar asociată cu miopia, statistica noastră arătînd o proporţie de 0,86% din totalul miopiilor în diferite afecţiuni psihice.

3. Etilismul cronic reprezintă o proporţie de 1,43%, incidenţă mult scăzută faţă de populaţia normală psihic.

4. Epilepsia, sechelele post encefalitice, comiţionalitatea şi psihozele maniaco — depresive reprezintă proporţii între 2% şi 6,88%, proporţii care se suprapune incidenţei la populaţia normală psihic.

5. Neurastenia şi sindromul nevrotic prezintă proporţia cel mai mare de miopii, ajungind la 19,48% pentru neurastenii şi 54,44% pentru sindromul nevrotic, cifră care depăşeşte cu mult incidenţa medie în populaţia normală psihic.

Absenţa corecţiei optice la aceşti bolnavi favorizează şi întreţine sindromul nevrotic.

6. Oftalmologului îi revine un rol important în corecţia ametropiilor în general şi a miopiilor în special, care poate fi considerată ca o etapă importantă în tratamentul afecţiunilor psihice.

COLONUL IRITABIL ŞI IMPLICAŢIILE PSIHOSOMATICE

Agripina Boingeanu, I. Lungu, V. Alucăi, I. Cobeţ
Al. Untu, Anca Untu
— Iaşi

Bolile psihosomatice apar ca erori ale adaptării — termen propus de Selye, prin analogie cu erorile de metabolism, ca modalităţi eronate de răspuns în condiţiile necesităţii adaptării la situaţii noi. Răspunsul organismului poate fi discret sau exagerat dar, indiferent de tipul şi intensitatea răspunsului, aceste situaţii reprezintă după Selye un eşec al procesului de adaptare a cărei consecinţă o constituie boala.

După Grinker psihosomatica înglobează în totalitate procesele integrate, de tranziţie între numeroase sisteme : somatic, psihic, social şi cultural ; ipoteza de bază a medicinii psihosomatice fiind unitatea funcţională soma-psihic.

Colonul iritabil, boală psihosomatică, sindrom realizat prin tulburări motorii şi mucosecretorii ale intestinului gros, în absenţa unor leziuni parietale, a cunoscut diverse denumiri : colopatie mucomembranoasă, colon spastic, astm intestinal.

Bolile psihosomatice reprezintă expresia unui anumit mod defectuos de organizare a personalităţii şi nu modul de organizare însuşi, interpretare care permite să întrevedem obţinerea unor bune rezultate prin modalităţi specifice de acţiune.

Prin modul de gîndire care acordă sens faptelor şi evenimentelor trăite de individ, punînd accent pe ceea ce dobîndeşte individul în cursul vieţii sale, psihosomatica se înscrie ca o orientare militantă şi deschizătoare de noi drumuri în medicina modernă.

Plecînd de la datele din literatură ne-am propus să studiem bolnavii cu colon iritabil şi să urmărim implicaţiile psiho-sociale.

S-a cercetat un lot de 16 bolnavi cu colon iritabil (9 femei şi 7 bărbaţi cu vîrsta cuprinsă între 24—45 ani) la care, pe lîngă examenul clinic, li s-au efectuat următoarele investigaţii : examenul coproparazitologic, explorarea radiologică gastro-duodenală, tranzitul intestinal, irigoscopia, explorări hematologice, biochimice şi bacteriologice, examenul neuro-psihic competent insistîndu-se asupra profilului personalităţii bolnavului, asupra evenimentelor deosebite, boli, relaţii familiale, socio-profesionale etc.

Investigaţia psihologică a urmărit identificarea eventualelor componente ereditare, particularităţi psihofiziologice, diferite sensibilităţi funcţionale precum şi anumite reflexe condiţionate fixate în mod patologic, elemente care pot constitui factori etiopatogenici în inducerea unei boli psihosomatice.

Cercetarea tipului somatic s-a făcut după împărţirea clasică în : leptosomi, atletici, intermediari şi picnici.

Cercetarea personalităţii acestor bolnavi s-a făcut după descrierea tipologică a lui M. Uzan.

Studiul clinic al acestor bolnavi relevă existenţa tabloului clasic constînd în : dureri abdominale, constipaţie alternînd rareori cu diaree (falsă diaree) şi eliminarea de mucozităţi. Mucusul poate fi eliminat sub forma unor depuneri simple sau luînd aspectul de false membrane. Examenul obiectiv poate evidenţia contracţia dureroasă a colonului în special a sigmoidului.

Examenul rectoscopic nu relevă modificări patologice.

Irigocoscopia decelează spasme segmentare, frecvent localizate la nivelul sigmoidului.

Examenul coprologic evidenţiază o digestie bună. În tabloul clinic al acestor bolnavi se remarcă totdeauna elemente de alergie.

Studiul psihologic al bolnavilor cercetaţi, în funcţie de manifestările psiho-nevrotice, comportament social şi familial a permis împărţirea acestora în trei tipuri psihologice :

Tipul I caracterizat prin impulsivitate, combativitate hiperactivitate şi competitiv în viaţa socială, cu o viaţă conflictuală de familie.

Tipul II cu tulburări psiho-nevrotice minore, moderat competitiv în viaţa socială, cu o viaţă familială echilibrată.

Tipul III caracterizat prin anxietate, depresiv, dezadaptat social.

În primul tip au fost încadraţi 8 bolnavi (50% din totalul bolnavilor), în tipul II 2 bolnavi (12,5%), şi în tipul III 6 bolnavi (37,5%).

Din cercetarea efectuată reiese că 50% din bolnavii studiaţi fac parte din tipul I cu o viaţă conflictuală atît pe plan socio-profesional cît şi familial. Aceştia pot aparţine nevrozei generale vegetative cu manifestări digestive.

Majoritatea bolnavilor însumează mai mulţi factori patogenetici în cadrul cărora un rol însemnat revine dezechilibrului neurovegetativ, excitabilităţii psihice exagerate şi stărilor de anxietate şi depresie, induse prin traumatisme psihice sau suprasolicitări.

Cum aceste situaţii reprezintă condiţiile patogenice principale responsabile de inducerea bolilor psihosomatice, suprimarea şi subordonarea lor intereselor vitale generale de moment, conduc la anularea semnificaţiilor negative individuale, la absorbţia pulsiunilor negative şi astfel la subordonarea tendinţelor individuale patogenetice, celor colective salvatoare.

Dacă în ceea ce priveşte medicaţia psihotropă există o bogată experienţă clinică cu concluzii cu valoare de generalizare, în schimb în ceea ce priveşte psihoterapia, influenţarea reactivităţii sistemului nervos prin mijloace nemedicamentoase, experienţa este mai redusă şi nu permite încă obţinerea unor concluzii cu valoare interpretativ statistică.

Interferarea lanţului patogenetic al bolilor psihosomatice prin influenţa pe care o are psihoterapeutul asupra bolnavului, medicul uzînd de toată autoritatea, competitivitatea şi personalitatea sa pentru ca prin intermediul discuţiilor libere cu bolnavii să poată modifica profilul psihologic sau psihopatologic al acestora, se înscrie pe linia cerinţelor moderne ale medicinii de a obţine eficienţă terapeutică maximă cu riscuri minime pentru bolnavi.

Discuţia psihoterapică constituie în unele cazuri ale bolii sau mai concret exprimat, ale bolnavului suferind de o boală psiho-somatică, o metodă de mare utilitate terapeutică, permiţînd reechilibrarea sa psihoemoţională şi îndepărtarea ideilor obsesiv-fobice privitoare la severitatea bolii lor, a ideilor care deseori gravitează în jurul cancerofobiei.

On a lot of 16 cases of Irritable colon (9 women and 7 men) the authors make a study on the psychosomatical implications.

These patients have been studied from many points of view; we realised clinical exam, gastro-duodenal radiological exploration, coproparasitological exam, intestinal transit, irigoscopy, hematological explorations, biochemical and bacteriological, neuropsyhical exams, insisting on the profile of the patients personality and on the special events, familial and socioprofesional ones.

The authors are concluding that there isn't a special somatical and psychological type for the irritable colon.

In all cases we remarked the presence of the psychical traumatisms which have determined the affection and which have favoured the appearence of the periods of activity in this disease.

APĂRAREA EULUI ŞI MANIFESTĂRILE ACESTUIA ÎN DIVERSE MALADII SOMATICE

Doina Coman-Olteanu
— *Bucureşti*

Suferinţa, fie ea fizică sau morală antrenează un cortegiu de modificări ale personalităţii pe care nu le putem defini decît ca fiind tulburări psihologice. Spunem tulburări deoarece ele reprezintă abateri de la starea normală, firească a lucrurilor. Dar în acelaşi timp apariţia lor este de asemenea firească într-o stare de dezordine somatică. În acest caz neapariţia unor asemenea modificări psihice ar însemna o abatere de la normal pentru că ar semnifica o lipsă a tentativei, general umane, de adaptare la mediu şi la condiţiile sale.

O tulburare somatică înseamnă pentru psihicul omului bolnav o schimbare de mediu în care acest psihic trebuie să se reintegreze, cu care trebuie să se acomodeze, pentru mai mult sau mai puţin timp, în scopul final al luptei împotriva ei. Şi nu poţi lupta eficient decît cu situaţii familiare şi pentru a ajunge la această cunoaştere, personalitatea omului bolnav, eul său, trebuie să accepte boala, să o cunoască pentru a o învinge.

Un fost bolnav, care a fost vindecat, dar care în momentul reinserţiei sale sociale primeşte impactul unui mediu la fel de anxiogen ca cel de dinainte de debutul bolii sale sau care are sentimentul unei insuficient de adînci relaţii interumane, transferenţială, cu medicul sau, rămîne un handicapat psihic, acest handicap putînd ajunge pînă la a deveni un caz psihopatologic ce va necesita un tratament specific abia după ce boala somatică a fost depăşită. Nu s-ar ajunge aici în numeroase cazuri dacă s-ar cunoaşte de către lumea medicală non-psihiatrică elementare noţiuni de personologie şi psihopatologie relative la „eu“ şi la mecanismele sale de apărare, care pot şi trebuie să fie antrenate şi activate pe parcursul maladiei somatice în scopuri benefice, terapeutice.

Boala nu trebuie văzută doar ca dezordine somatică, ci totodată ca fenomen de dezadaptare psihosocială. Omul resimte starea de boală în mod afectiv în funcţie de o serie de factori între care personalitatea sa premorbidă are un rol preponderent. Boala va fi privită ca o vină, ca o pedeapsă, ca o răzbunare, cu resemnare, cu revoltă, cu tendințe acuzatoare pentru oricine dintre cei din mediul înconjurător. Oricum ar fi privită și resimțită însă ea antrenează mereu o dezadaptare, îl scoate pe om din habitusul său, uneori brusc și brutal, intempestiv, azvîrlindu-l într-o lume nouă, străină, în care se atentează cu puține menajamente la confortul și chiar integritatea fizică a omului. Bolnavul devine brusc un caz manevrat în virtutea unor scopuri, evident terapeutice dar care nu-i sînt întotdeauna foarte limpezi.

În funcție de personalitatea premorbidă, de boală, de medicul curant și alți factori, individul își va modifica sensibil felul de a fi. Dar întotdeauna pe fondul unei regresii către stadii de dezvoltare psihică anterioare, infantile.

In acest context trebuie luat în atenție punctul de vedere psihanalitic, nu atît ca metodă terapeutică, la care putem adera sau nu în funcție de opțiuni mai largi teoretice, filozofice sau științifice, cît ca model explicativ al stadiilor de dezvoltare psihică a omului. În acest sens boala nu face decît să servească ca nefericit dar utilizabil experiment natural cu ajutorul căruia putem reconstitui în sens invers aceste stadii. Pentru că, fenomenul psihic invariabil în boală de care trebuie neapărat să ținem cont în îngrijirea bolnavului este regresia psihică, regresia eului. Tratamentul analitic a avut dintotdeauna ca obiect eul și tulburările sale, studiul sinelui (inconștientului) și mijloacelor sale de acțiune neconstituind decît un mijloc de a atinge scopul terapeutic: suprimarea tulburărilor și restabilirea integrității eului.

În planul personalității umane orice integrare reușită de elemente noi se traduce printr-un progres și orice atentat la integritatea personalității antrenează o repliere a acesteia, retragere într-un cadru funcțional mai restrîns, adică o regresie. Această regresie se acompaniază de activarea unor sisteme funcționale proprii unei etape anterioare de evoluție a personalității. Aceste sisteme funcționale arhaice, în delung elaborate pe plan filogenetic, deja experimentate în trecut sînt mai solide decît sistemele funcționale recent puse în acțiune în cursul ultimelor faze de dezvoltare. Sînt mecanismele arhaice pe care le numim mecanisme de apărare. Ele au fost în momentul elaborării lor mecanisme de adaptare care au permis evoluția.

Orice mișcare regresivă consecutivă bolii pune în acțiune mecanisme de apărare pentru a fi corijată și pentru a evita un dezechilibru, o rupere de realitate.

Tensiunea externă generată de boală, de spitalizare, de medicație, de intervenția chirurgicală, tensiunea internă generată de pulsiunile și de efectele care le însoțesc, precum și de conflictele dintre ele, tinde să fie în mod normal rezolută, ceea ce aduce în discuție problema echilibrului personalității, deci a apărărilor eului și a mecanismelor de adaptare.

Mecanismele de apărare și adaptare lucrează fără oprire, fără ca noi să fim conștienți de acest lucru. Prin definiție, orice mecanism de apărare devenit conștient nu mai este un mecanism de apărare. Dacă în cursul unei psihoterapii pacientul ia cunoștință de mecanismele sale de apărare, trebuie asigurat că eul său e capabil să elaboreze altele, datorită forței sale, altfel echilibrul său ulterior va fi într-un mare pericol.

Dacă un mecanism arhaic este utilizat de manieră repetitivă, într-o situație în care rolul ei riscă să fie intempestiv, acesta poate deveni patologic. Astfel un mod funcțional este benefic sau din contra, morbid, în funcție de contextul utilizării sale, în raport cu alte modalități funcționale care se echilibrează și ele și în raport cu situația.

Prin intermediul acestor mecanisme, regresia, cînd e armonios reușită aduce cu sine o rezoluție a tensiunii interne. Această regresie are loc de o manieră generală și automată fără ca bolnavul să poată interveni conștient asupra ei. Este un fenomen pe care orice clinician îl cunoaște din practica sa și cu care nu rareori a avut de luptat, pentru că exigențele pulsionale și efectele care le însoțesc apar în acest caz mult mai puternice și forța cu care încearcă să pătrundă în cîmpul conștient pentru a fi satisfăcute de o manieră imediată e mult mai puternică și ea, acum.

În aceste situații, eul, personalitatea formată, conștientă a omului, este mult slăbit și el se simte invadat de marea presiune pulsională. Astfel se vede pus în situația de a recurge la mecanismele arhaice de apărare împotriva acestor prea mari exigențe pulsionale, crescute datorită regresiei generate de boală, precum și conflictului dintre „eu" (personalitatea bolnavului) și lumea exterioară reprezentată de condițiile de mediu schimbate, de boală, de noile cerințe ce vin din afară (repaus, izolare, regim alimentar, renunțare la obiceiuri deja fixate, dependență, hospitalism etc.).

Termenul de „apărare a eului" a fost creat de S. Freud și menționat prima dată în scris în 1894 în studiul „Psihonevrozele de apărare". Termenul a fost apoi înlocuit cu cel de „refulare". În 1926 Freud în apendicele la „inhibiții, simptome și angoasă" revine asupra conceptului de apărare arătînd că trebuie utilizat pentru a desemna cu o măsură generală toate procedeele de care se servește eul în conflictele susceptibile să ducă la nevroză, în timp ce refularea desemnează un mod bine determinat de apărare, cel mai des utilizat de „eu", cel mai eficace și cel mai bine cunoscut de terapeuți.

Mecanismele de apărare sînt în general definite în proces normal, nepatologic și are un scop adaptativ. Există o constantă articulare de numeroase apărări și în același timp o ierarhizare a diferitelor grade ale principalelor apărări. Refularea constituie incontestabil modalitatea principală pentru că e cea mai elaborată și pentru că are în economia organizării un loc cantitativ primordial. Toate acestea desemnează bogăția și varietatea apărărilor posibile la un același bolnav. Un om normal din punct de vedere psihopatologic, deci cazul bolnavului somatic, e cel care are apărări „bune": destul de diversificate și simple pentru a permite un joc pulsional care să nu oprime personalitatea, să țină cont de realitate, fără să intre în conflict cu supraeul (exigențele moral-estetice) și să permită eului să se îmbogățească constant într-o relație adultă cu ceilalți.

Mecanismele de apărare sînt în general definitive în mod asemănător de către autori diferiți. De asemenea, modalitatea lor de funcționare și de apariție precum şi finalitatea lor adaptativă apare constant la mai mulţi autori indiferent de şcoala la care aderă sau de epoca în care au lucrat şi scris.

Anna Freud menţionează nouă mecanisme de apărare : refularea, regresia, formaţiunea relaţională, izolarea, anularea retroactivă, proiecţia, introiecţia, întoarcerea contra sine, transformarea în contrar, la care adaugă cu numărul zece sublimarea, căruia îi acordă atribuţii speciale şi un loc privilegiat.

Paul Sivadon se referă la douăsprezece mecanisme adăugînd la cele descrise de Anna Freud negarea, identificarea, deplasarea şi raţionalizarea, dar omiţînd regresia (punct de vedere cu care sîntem de acord dat fiind faptul că şi noi considerăm regresia ca fiind nu un mecanism de apărare al eului ci o stare generală psihică, de fond, care facilitează apariţia acestor mecanisme pregnant) şi întoarcerea contra sine.

Jean Bergeret în lucrarea sa de psihopatologie dă definiţia şi descrierea modalităţii de apariţie şi funcţionare a douăzeci de mecanisme de apărare : contra-investirea, formaţiunea reacţională, formaţiunea substitutivă, formaţiunea de compromis, formarea de simptome, refularea, identificarea, identificarea cu agresorul, identificarea proiectivă, proiecţie, introiecţie, anularea, două forme de negare, izolarea, deplasarea, condensarea, dedublarea eului, dedublarea imagourilor, sublimarea. Considerăm însă că autorul s-a dovedit a fi excesiv de scrupulos. Mecanismele de apărare ale eului reprezintă un domeniu de studiu destul de dificil şi greu de adus la lumină, abscons într-o oarecare măsură, datorită faptului că fenomenele se petrec inconştient şi deci nu sînt la îndemîna introspecţiei care rămîne totuşi metoda princeps de pătrundere în intimitatea fenomenelor psihologice.

Dicţionarul de psihologie al lui Norbert Sillamy menţionează doar zece mecanisme : refularea, sublimarea, regresia, deplasarea, proiecţia, identificarea, compensarea, substituţia, fantezia, disociaţia, iar vocabularul de psihoanaliză Laplanche et Pontalis le redă pe cele descrise de Anna Freud amintind că alţi autori psihanalişti (mai mult sau mai puţin ortodoxi) au adăugat altele (Szondi, M. Klein, Adler).

După această scurtă trecere în revistă a celor mai cunoscute şi frecvent menţionate mecanisme de apărare, care este evident departe de a fi exhaustivă pentru că am omis deliberat reproducerea definiţiilor şi a modalităţilor concrete de producere limitîndu-ne doar la o menţiune a termenilor vom reveni la problema mai importantă din punct de vedere praxiologic decît axiologic, a mobilizării acestor mecanisme de apărare în situaţia de dezadaptare bio-psiho-socială pe care o semnifică boala şi în transformarea lor în mecanisme de adaptare pe măsura utilizării lor optime de către bolnav, cu ajutorul psihoterapeutului. Spunem asta pentru că este normal şi salutar în anumite situaţii (somn, repaos, dragoste, boală) să regăseşti sub forma unei regresii globale şi echilibrate atitudini de tip arhaic.

Adaptarea rezultă din armonizarea dintre structurile înscrise în individ, din ereditatea şi din experienţa sa anterioară şi structurile impuse de realitatea exterioară actuală. După Jean Piaget această echilibrare se face graţie dublului joc al mecanismelor de asimilare, şi al celor de acomodare, prin care organismul modifică aceste structuri intime pentru a le acorda cu cele ale mediului. Adaptabilitatea rezultă deci în acelaşi timp din plasticitatea subiectului şi a mediului.

Studiem astfel situaţia particulară a modificărilor psihice în boala somatică şi a mobilizării mecanismelor de apărare ale eului în scopul de a reduce tensiunea creată între starea psihică internă şi realitatea exterioară nefavorabilă, deci avînd în vedere un echilibru, şi în acelaşi timp nu putem să nu remarcăm universabilitatea fenomenelor studiate în plan general uman. Astfel pentru a aduce lumea exterioară cît mai aproape posibil de lumea interioară, pentru a asimila, organismul refuză să primească ceea ce nu poate suporta (refulare, negare), transformă anumite aspecte (deplasare) şi introduce propriile sentimente (proiecţie). Pentru a acomoda propriile structuri la această lume anterior cunoscută, organismul utilizează gama registrelor funcţionale cucerite anterior (în cadrul regresiei), transformă atitudinile unor scheme de comportament vechi (transformarea în contrar, formaţiunea reacţională, sublimarea) şi mai ales se impregnează de structuri impuse de situaţie (introiecţie).

Se împlineşte astfel un ciclu adaptativ la o realitate anume pe baza unor mecanisme de apărare care, la un subiect echilibrat psihic, funcţionează inaparent, sub formă de mecanisme de adaptare.

In a modern outlook the somatic malady cannot be seen only from the point of view of the pathologic clinician, but it must be considered in an integral, total bio-psycho-social field. In this framework the pathologic clinician has a large field of activity in the sphere of the psychologic diagnosis of the pre-morbid personalitp, of the psychic dis-structurings in the succession of the somatic malady, as well as of the prognostication. The pschologist may also intervene in the moment of the social reinsertion, as well as in the therapeutic measures taken during the malady, by specific means having been at his disposal.

Considering the malady as a disaccomodation, it is imperatively imposing to our discussion the way by which the sick can mobilize a series of psychologic means with the help of which he has opportunity to face the malady. In this framework, his adapting mechanisms are instantaneously and unconsciously turned into defending mechanisms of his entire personality (with their cognoscible, volitive and affective sides). Thus the investigation of the defending mechanisms of the ego in the axiologic and praxiologic fields is imposing itself with the necessity of the evidence.

The daily hospital practice makes us more sensitive to these psychologic problems, among which the putting in action of various and value formed on the hierarchical system methods concerning the ego defending in the general background of a regression towards the prior psychic development stages, this represents an element of a paramount importance.

Running, in short, over different defending mechanisms of the ego, as well as the history of turning the researchers' attention to this problem, we cannot help putting in the end the question of their eminently adapting into a well-balanced psychologic framework.

The play of accomodation and the assimilation, being consistently present in the animal world, is necessarily revealing itself on a superior value stage at the man, too, and the knowing of its dynamics becomes a duty for any clinician.

CONSIDERAŢII CU PRIVIRE LA INTERFERENŢELE DINTRE AFECŢIUNILE PSIHICE ŞI PATOLOGIA GASTRO-INTESTINALĂ

C. I. Mâţă, M. Şelaru

— *Iaşi*

Boala psihică deşi perturbă în mod predominant reactivitatea comportamentală ideo-afectivă recunoaşte nu numai modalităţi etiologice diferite (psihogene, endogene sau endo-exogene) dar determină, în acelaşi timp, modificări ale reactivităţii neuro-endocrino-umorale ale întregului organism. În acelaşi timp, suferinţe predominant viscero-umorale pot conduce în mod secundar perturbări psihice de intensităţi diferite. Deşi nu sînt pînă în prezent elucidate mecanismele etiopatogenice de transformare a unor modificări funcţionale determinate iniţial psihogen şi organizate apoi lezional, considerăm că trecerea de la funcţional la lezional nu trebuie să fie exclusă în cazul unor suferinţe psihice sau neuro-psihice. Dificultăţi de încadrare mai vin şi de acolo că există bolnavi la care leziunile organice coexistă cu tulburări funcţionale viscero-umorale sau psihice.

Perturbînd relaţiile dinamice armonice de activitate cortico-subcorticală, boala psihică, prin intermediul releelor neuro-endocrino-umorale şi îndeosebi pe calea sistemului vegetativ va determina modificări ale echilibrărilor mediului intern ce se manifestă la nivelul tuturor organelor şi sistemelor organismului, încît asocierea acestor modificări cu termenul de „psihosomatic" nu ni se pare exagerată.

Exagerată ni se pare interpretarea ideativă de către unii specialişti în planul unor speculaţii pe marginea unor realităţi clinice. Pe de altă parte, în prezenţa unor asemenea modificări funcţionale sau de organizare, sau asociere lezională, manifestările vegetative polimorfe (simpaticotonice, vagotonice sau amfotonice) exprimate însă diferenţiat de la o individualitate la alta sau asociindu-se în dinamica procesului morbid, ni se par că ţin de reactivitatea actuală a organismului în ansamblul său inclusiv de particularităţile sale constituţionale de reactivitate dar şi de istoria dezvoltării sale individuale şi, respectiv, de fragilităţile moştenite sau cîştigate de reactivitate psiho-neuro-endocrino-umorală. În contextul acestor consideraţii includem vîrsta pacientului şi, bineînţeles, ceea ce este specific pentru intervenţia psihiatrică, influenţă semnificativă pe care o pot exercita neurolepticele asupra sistemului nervos vegetativ şi respectiv asupra releelor subjacente endocrino-umorale.

Fără a ne propune să evidenţiem probabilitatea intervenţiei unor factori somatogeni în determinismul etiopatogenetic al suferinţelor psihice a celor 1 000 pacienţi examinaţi pentru acuze şi suferinţe gastro-intestinale, vom semnala doar incidenţa modificărilor clinico-radiologice constatate într-o proporţie de 79,4% din totalul cazurilor.

Printre tulburările funcţionale remarcăm fenomenul de regurgitare sau antiperistaltic (6%), aerogastria (8%), aerocolia 4,5% (mai frecventă la femei — 2,6% — faţă de bărbaţi — 1,9%), fenomene de stază în ansa aferentă 0,3%, colonul spastic 1,1%, bulb duodenal dureros la manevrele exploratorii 3,2% fără semne radiologice de ulcer, şi de asemenea, sensibilitatea dureroasă a punctului colecistic fără manifestări obiective sau subiective de suferinţă colecistică în 1,1%.

Am cotat, de asemenea, în cadrul modificărilor funcţionale prezenţa hipersecreţiei, hipertoniei şi hiperkineziei gastrice neînsoţite de alte modificări obiectivabile radiologic. Hipersecreţia gastrică a fost întîlnită într-o proporţie de 3,7%, fiind mai frecventă la bărbaţi (2/3) faţă de femei (1/3 din cazuri). Hipertonia şi hiperkinezia gastrică a fost prezentă în 2,8% din cazuri, dintre care 2% pentru bărbaţi şi 0,8% la femei. Spasmul cardiei a fost constatat în 0,2% din totalul cazurilor, în timp ce spasmul piloric a fost prezent în cazuistica noastră într-o proporţie de 9%, dintre care 6,3% la bărbaţi şi 2,7% la femei. Intervenţia neurolepticelor şi în particular a celor outotimizante care ar fi putut determina modificările tonusului piloric o excludem în principiu, avînd în vedere că examenul radiologic, în mod obişnuit s-a practicat în primele zile de internare, deşi nu este absolut exclusă o asemenea implicaţie în cazul unor pacienţi cu o sensibilitate particulară a reactivităţii structurilor vegetative subcorticale.

Gastrita a fost înregistrată în cazuistica noastră în proporţie de 16,2%, dintre care 11,5% la bărbaţi şi 3,7% la femei. Cea mai mare incidenţă a gastritei la bărbaţi am întîlnit-o în grupele de vîrstă 25—49 ani cu maximum de frecvenţă (2,2%) în grupa de vîrstă 35—39 ani, iar la femei între 45—49 ani. Dintre cazurile de gastrită în 2,5% din total erau prezente semnele radiologice de gastrită hipertrofică şi în 0,8% gastrită atrofică. Gastrita hipertrofică a fost semnalată de noi doar în 0,4% la femei şi în proporţie de 2,1% la bărbaţi, în timp ce aspectul atrofic a fost de 0,1% la femei şi 0,7% la bărbaţi.

Stomacul rezecat ca urmare a unei intervenţii chirurgicale pentru ulcer gastric manifest a fost prezent în lotul studiat în proporţie de 4% dintre care 0,3% la femei şi 3,7% la bărbaţi. În cazul bărbaţilor, cea mai mare frecvenţă s-a constatat în grupa de vîrstă 55—59 ani — 1,1% şi 50—54 ani — 0,8%.

Pe de altă parte, oricît de precise ar fi datele statistice, acestea au totuşi o valoare relativă în biologie şi, în particular, în clinica bolii ulceroase în care, aşa cum observa I. Haţieganu „diagnosticul ei se face în majoritatea cazurilor din anamneză", însă anamneza poate să nu corespundă unei realităţi, cu atît mai mult în cazul bolilor psihice, din cauza unor simptome subiective de împrumut din sfera abdominală şi de aici şi relativitatea însăşi a îndrumării pacienţilor spre serviciul de explorare.

Ulcerul duodenal cu simptomatologia sa clinică şi îndeosebi radiologică l-am înregistrat în 4,5% din totalul cazurilor, dintre care 1% la feimei şi 3,5% la bărbaţi cu maximum de frecvenţă atît la bărbaţi cît şi la femei între 40—44 ani.

Una din problemele cele mai dificile în cadrul patologiei duodenale cu inplicaţii psihice frecvente este sindromul stazei duodenale, evidenţiată în cazuistica noastră în 13,8% din totalul cazurilor. Atragem atenţia în mod particular asupra acestui capitol, nu numai pentru faptul că duodenul reprezintă porţiunea viscerală care răspunde în modul cel mai promt suferinţelor cortico—subcorticale, ci şi datorită rolului său de „hipofiză abdominală“ prin locul central pe care-l ocupă în cadrul carefurului duodeno-pancreato-colestic şi ale cărui suferinţe şi îndeosebi cele de stază prin fenomenele autotoxice, determină modificări care uneori apar iniţial cu predominanţa fenomenelor vegetativ-emoţionale cu manifestări depresive, obsesivo-fobice, anxioase, putînd ajunge pînă la confuzie mintală, îndeosebi atunci cînd staza duodenală se însoţeşte de „mica insuficienţă pancreatică“ asociate cu cortegiul celorlalte manifestări disfuncţionale pluriendocrine. Primară prin dereglarea funcţională cortico-subcorticală, sau secundară în cadrul altor suferinţe viscero-umorale de natură endogenă, exogenă sau endoexogenă, staza duodenală prin fenomenele de enteronevrită pe care le determină şi prin timpul îndelungat şi dificultăţile de tratament pe care le implică, precum şi prin modificările psihice pe care le determină merită o atenţie particulară, atît din partea omnipracticianului, ca şi a medicului psihiatru.

Menţionăm că staza duodenală este mai frecventă la femei (1,8% între 45—49 ani) şi este de 1,4% la bărbaţi între 40—44 ani. După localizare, staza bulbară a fost de 7,5% din total, dintre care 4% la bărbaţi şi 3,5% la femei, în timp ce staza în cadrul duodenal propriuzis a fost de 4,2% la bărbaţi şi 2,1% la femei, cu aceeaşi predominanţă în grupele de vîrstă menţionată în cadrul stazei bulbare.

Aşa cum sublinia ilustrul clinician I. Haţieganu *„staza duodenală este urmată de duodenită*, inflamaţia — la rîndul ei — trece după cîtva timp în seroasă; *duodenita este urmată de periduodenită*. Aceasta este calea pe care o urmează, în dezvoltarea sa, procesul morbid şi punctul de vedere prin care vom privi o suferinţă duodenală“ şi *„care nu cedează la tratamentele obişnuite“* însoţindu-se de manifestări psihice de obicei la interferenţă cu normalitatea de un polimorfism extrem, ce ţin de particularităţile premorbide ale personalităţii pacientului.

Duodenitele au fost remarcate în studiul nostru într-o proporţie de 18,4% avînd cea mai mare frecvenţă în ansamblul patologiei gastro-intestinale şi ansamblul lotului de bolnavi psihici exploraţi. Incidenţa cea mai crescută a fost constatată la bărbaţi — 13,3% cu maximum de frecvenţă între 35—49 ani (6,4%), iar la femei între 40—44 ani (2,4%).

Datele expuse mai sus pledează în mod evident asupra semnificaţiei particulare a implicaţiilor patologiei digestive în bolile psihice, de unde necesitatea asistenţei spitaliceşti şi extraspitaliceşti în echipă complexă interdisciplinară a bolnavului psihic.

CONTRIBUŢII CU PRIVIRE LA STATUTUL BOLNAVILOR PSIHICI SUPUŞI MĂSURILOR DE SIGURANŢĂ

C. Postelnicu, V. Hrimiuc, A. Avasilcăi
— *Iaşi*

Bolnavul psihic, supus măsurilor de siguranţă, interesează categorii foarte variate de profesionişti (psihiatri, medici legişti, jurişti, lucrători din domeniul aparatului de menţinere a ordinii publice, funcţionari din domeniul administraţiei de stat etc.) cît şi foruri de decizie şi execuţie din domeniul vieţii sociale de la cele mai înalte nivele. În expunerea noastră vom încerca a privi problematica acestui bolnav din punctul de vedere al psihiatrului de profil general, obligat de statutul său profesional de a acorda asistenţă globală şi permanentă acestei categorii organizatorice şi juridice de bolnavi psihici. În cele relatate ne bazăm pe observaţiile şi experienţa acumulată la nivelul Spitalului „Socola“ Iaşi în ultimele două decenii în acordarea asistenţei de specialitate la diverşi bolnavi supuşi măsurilor de siguranţă, internaţi cu precădere la nivelul Secţiei a III-a de bolnavi acuţi — pavilionul II bărbaţi.

O primă concluzie care se impune din observaţiile noastre este de a defini noţiunea de măsuri de siguranţă. In general în practica psihiatrică şi administrativă măsurile de siguranţă sînt identificabile cu prevederile articolului 114 Cod penal materializate birocratic pentru unităţile medicale de asistenţă psihiatrică prin comunicarea de sentinţe penale definitive din partea organelor judiciare competente pentru atari situaţii.

Observaţiile noastre ne sugerează că în realitatea vieţii sociale şi activităţii psihiatrice cotidiene sfera reală a măsurilor de siguranţă la care sînt supuşi bolnavii psihici este mult mai largă, uneori chiar ambiguă, iar în unele situaţii fără o expresie juridică de lege dată. Bolnavul psihic beneficiază sau ar trebui mai degrabă să beneficieze de măsuri de siguranţă sau similare nu numai în domeniul legislaţiei penale, ci şi în domeniul altor sectoare de drept, spre exemplu în dreptul civil, dreptul administrativ, dreptul muncii etc. Dacă într-o viziune juridică penală se poate face o diferenţiere tranşantă şi neunivocă între măsurile de siguranţă şi cele de protecţie a bolnavului psihic, într-o viziune medico-sociologică de psihiatrie globală o asemenea distincţie este uneori de-a dreptul imposibilă. Exegeza noastră pune în discuţie din acest punct de vedere bolnavii mintali periculoşi supuşi măsurilor de protecţie socială prevăzute de Decretul nr. 12/1965 (legislaţie civilă). Faţă de aceşti bolnavi se iau de fapt măsuri de siguranţă ca şi de protecţie care pentru medicul psihiatru pînă la un anumit punct ajung să se identifice. Deşi incriminarea juridică a bolnavilor supuşi măsurilor de siguranţă prevăzute de art. 114 C.P. este total diferită de cea a bolnavilor supuşi măsurilor prevăzute de Decretul 12/1965 din punct de vedere a măsurilor medico-sociale şi organizatorice asistăm la internări şi tratamente cu regim obligator care pe planul vieţii personale cotidiene ale bolnavilor adeseori nu operează diferenţieri semnificative.

În practica cotidiană psihiatrică mulţi bolnavi mintali sînt internaţi în unităţi de specialitate cu etichete de trimitere că sînt bolnavi agresivi, periculoşi, antisociali. Internările de acest fel efectuate în regim administrativ obişnuit ca pentru orice ins aflat în stare de boală comportă de regulă pentru psihiatru responsabilităţi mult mai mari, o angajare socio-profesională şi administrativ-juridică incomparabil mai extinsă şi mai plină de responsabilitate decît în cazul bolnavlor cu suferinţe somatice sau bolnavilor psihici cu capacitate de autoconducţie lucidă. În observaţiile noastre internări de acest gen solicită unele familii, diverşi aparţinători, întreprinderi (instituţii), organe locale ale puterii de stat, diverse organizaţii obşteşti, organe ale administraţiei de stat şi ale ordinii publice. În atari situaţii de regulă rămîne la latitudinea psihiatrului a aprecia gradul de periculozitate al bolnavului şi de a menţine internarea pentru anumite perioade de timp pe care le consideră utile în raport de starea tulburărilor psihice. Situaţii de impact cu repercusiuni asupra atitudinii psihiatrului survin atunci cînd între acesta şi bolnavi sau aparţinătorii lor apar divergenţe reale de atitudini de viitor. În observaţiile noastre cele mai frecvente situaţii sînt cele în care se caută să se suprasolicite aspectul de gardienaj sever al bolnavului psihic în scopul mai mult sau mai puţin declarate, totdeauna interesate. În realităţile socio-administrative relatate mai sus psihiatrul realizează în fapt pe cale administrativă, de cele mai multe ori din proprie iniţiativă şi exclusiv sub controlul propriei conştiinţe profesionale măsuri de siguranţă care nu trebuie ignorate şi nici minimalizate, dar care destul de frecvent generează diverse riscuri în activitatea sa profesională cotidiană. Avantajele acestui sistem de a proceda sînt legate de identificarea statutului administrativ juridic al bolnavului psihic cu cel al bolnavului obişnuit, de facilităţile organizatorice şi medico-sociale care apar în asemenea situaţii atît pentru medic cît şi pentru bolnavi şi aparţinătorii săi. Servituţile sale sînt legate îndeosebi de suprasolicitarea serviciilor psihiatrului, de tendinţa tot mai frecvent întîlnită de a psihiatriza comportamente deviante sau aberante, justiţiabile de influenţare sau rezolvare prin alte măsuri, de regulă cu conţinut social-juridic, cît şi de lipsa unor reglementări de principiu pentru situaţii de excepţie ca acelea care vor fi relatate în continuare. În practica internărilor în spitalele de psihiatrie se întîmplă ca bolnavi psihici care au comis acte cu un conţinut evident infracţional să fie internaţi în unităţi (secţii de specialitate) de aparţinători sau organele de menţinere a ordinii publice în regim de urgenţă psihiatrică fără o documentaţie explicită asupra statutului juridic al internării (internare pentru expertiză medico-legală psihiatrică, internări provizorii în cadrul măsurilor de siguranţă, internări în regim administrativ obişnuit etc.). În lipsa unor informaţii complementare asemenea situaţii pot crea uneori aprehensiuni şi întrebări legitime chiar şi pentru psihiatrii cei mai familiarizaţi cu aspecte din acest domeniu. În fapt, asistăm la internări în regim administrativ obişnuit cu un potenţial implicit imediat de transformare în internări în regim juridic bine precizat. Deoarece internările în regim juridic pot fi efectuate în exclusivitate numai de organele procuraturii sau cele ale justiţiei în baza unor proceduri bine stabilite de actele normative în vigoare, psihiatrul este angajat la o atitudine de expectativă dar şi de responsabilitate profesională în asemenea situaţii fără a avea în fapt nici un text de protecţie legală. Asistăm în realitate în atari situaţii la reţineri de persoane incriminate a fi bolnavi psihici numai în baza unor aprecieri de opinie publică. Lipsa unei ordonanţe sau sentinţe de internare poate fi etichetată de neavizaţi sau interesaţi în unele cazuri ca o reţinere ilegală de persoane cu toate consecinţele care decurg din asemenea situaţii. După observaţiile şi experienţa noastră din acest domeniu de activitate psihiatrică, dat fiind intervalul de timp uneori destul de lung, necesar pentru întocmirea formelor procedurale de organele în drept, este indicat ca psihiatrul să sesizeze pe cale administrativă prin conducerea unităţii organele procuraturii sau justiţiei despre situaţiile pe care le are de rezolvat şi să solicite ordonanţe de internare provizorie sau alte măsuri care i se par cele mai indicate pentru fiecare caz în parte. O asemenea atitudine o considerăm ca fiind cvasiobligatorie de îndeplinit atunci cînd de la internare a trecut un interval de 2—3 săptămîni, iar înscrisurile oficiale de internare în regim juridic nu şi-au făcut încă apariţia. Un aspect mai puţin frecvent întîlnit în practică este cel al duratei de timp la care poate fi supus un bolnav la internare în spital în conformitate cu prevederile măsurilor provizorii de siguranţă, cu alte cuvinte spus durata internării provizorie. Procedura în vigoare nu are stipulări exprese în această privinţă. Deşi nu poate fi vorba de fixarea unui termen limită în asemenea situaţii interferenţele cu alte aspecte existenţiale ale subiectului supus internării, ca spre exemplu situaţia în cîmpul muncii, nu pot fi ignorate.

Realităţile asistenţei psihiatrice impun ca bolnavul mintal supus măsurilor de siguranţă prevăzute de legislaţia penală sau civilă să fie văzut de medic într-o viziune sistemică atît juridică cît şi administrativ-organizatorică. Bolnavul mintal supus măsurilor de siguranţă prevăzute de legislaţia penală generează ipse facto implicaţii de drept civil, drept administrativ, drept al muncii etc. Deşi diversele implicaţii se rezolvă în principiu în paralel, fără a se interfera juridic unele cu altele, trebuie avut în vedere faptul că în realitate aspectele penale ţin în loc celelalte aspecte de drept ajungînd uneori să şi le subordoneze în fapt. Spre exemplu, un bolnav mintal cu statut de om al muncii la data comiterii unui act infracţional suportă în raport de atitudinea de moment a organului penal toate implicaţiile acţiunilor acestuia. Astfel, dacă pe parcursul acţiunii penale el îşi pierde calitatea de om al muncii, va pierde implicit toate drepturile prevăzute de legislaţia muncii, ca spre exemplu dreptul de a fi pensionat, de a primi concedii medicale etc. Acelaşi bolnav se va bucura însă de toate prevederile legislaţiei privind asigurările sociale dacă în cursul acţiunii penale nu-i va fi afectat statutul de om al muncii.

O întrebare de mare şi stringentă actualitate este aceea a cadrului instituţional în care trebuie să se asigure asistenţa bolnavilor psihici supuşi măsurilor de siguranţă. Experienţa şi observaţiile noastre asupra bolnavilor asistaţi potrivit prevederilor art. 114 C.P. ne sugerează că este indicat a avea o viziune sistemică şi în acest domeniu atît de necesar al asistenţei psihiatrice. Personal considerăm că este indicat ca pe plan naţional să existe 3—4 spitale cu profil predominant pentru asistenţa bolnavilor psihici supuşi măsurilor de siguranţă. La aceste spitale socotim că ar fi indicat să fie arondat metodologic şi organizatoric un anumit teritoriu, astfel încît bolnavii psihici supuşi măsurilor de siguranţă să beneficieze de toate serviciile reţelei de psihiatrie începînd de la clinici universitare şi ajungînd pînă la secţii cu regim strict supravegheat şi măsuri speciale de securitate pentru acei bolnavi cu potenţial deosebit de periculozitate socială sau comportamente de o agresivitate ieşită din comun. O altă problemă pe care dorim să o subliniem este aceea a individualizării atitudinii de ordin instituţional faţă de fiecare bolnav în parte în raport de comportamentul său obiectivat în observaţie psihiatrică cît şi de fapta penală pe care a comis-o. Observaţiile noastre indică că în unităţile de psihiatrie de profil general care asistă tranzitor sau în regim cvasipermanent bolnavi supuşi măsurilor de siguranţă cele mai mari dificultăţi sînt provocate de acei indivizi justiţiabili de eticheta de infractori din obicei. Pentru aceştia considerăm că ar fi mult mai nimerit ca asistenţa psihiatrică să se efectueze în unităţi de factură penitenciară din subordinea Ministerului de Interne.

Observaţiile noastre ne arată fără putinţă de tăgadă că aspectele noi apărute în viaţa socială în legătură cu bolnavii psihici supuşi măsurilor de siguranţă nu mai pot fi rezolvate exclusiv prin forţele psihiatrilor şi ale reţele ide psihiatrie. Perspectivele de viitor ale infracţionalităţii, ponderea tot mai mare în fenomenul infracţional a indivizilor cu comportamente deviante şi aberante, necesitatea unor măsuri diferenţiate pentru fiecare caz în parte de persoană supusă măsurilor de siguranţă, necesită cel puţin pentru un început de drum punerea în discuţie a oportunităţii unei consfătuiri interdisciplinare avînd ca temă de principiu probleme teoretice şi practice privind aplicarea măsurilor de siguranţă faţă de bolnavii psihici în contextul vieţii sociale contemporane. În baza prezentării experienţei diferitelor sectoare interesate în rezolvarea acestei probleme considerăm că s-ar putea elabora un veritabil ghid practic privind problematica asigurării pe plan naţional a unei asistenţe cît mai eficiente, cît mai umanitariste a unei categorii de bolnavi a cărei pondere nu mai poate fi rezolvată în activitatea psihiatrică de rutină prin ignorare sau minimalizare.

NORMALITATE ŞI DEVIANŢĂ PSIHO-SEXUALĂ

Rodica Macrea
— *Cluj-Napoca*

Interesul faţă de sexualitate a cunoscut o creştere „exponenţială" în ultimii ani. Cercetarea sa a înregistrat progrese notabile din perspectiva fiziologică, biologică, sociologică, clinică şi terapeutică. Sexualitatea umană a devenit un domeniu al investigaţiei medicale (sexologie medicală), studiul său făcîndu-se în termeni de sistem („sistem sexual") cu componentele (substructurile) sale: sex biologic, identitate sexuală şi identitate de gen.

Sexualitatea umană apare din punct de vedere etic ca o activitate „normată", supusă unor interdicţii, recomandări şi obligaţii. Semnificaţiile biologice ale sexualităţii se subordonează semnificaţiilor sale sociale, socializarea sexualităţii presupunînd inhibarea unor aspecte de animalitate simplă şi dirijarea pulsiunilor şi întregii activităţi sexuale pe căi prestabilite prin norme.

Normalitatea, în general, este la fel de greu de definit, conceptual, ca şi boala (C. ENĂCHESCU). Ea ni se înfăţişează ca un „vast cîmp de influenţare reciprocă". Prin definiţie nu poate fi de esenţă individuală ci de grup, construcţia sa bazîndu-se pe „comparaţia dinamică dintre ins şi ceilalţi, pe comunicarea dintre individ şi ceilalţi".

Normalitatea apare ca un proces dinamic, în permanentă schimbare, care „se construieşte, se elaborează şi se realizează încontinuu".

Conceptul fiecăruia despre normalitate este puternic influenţat de poziţia şi concepţiile teoretice. Un exemplu în acest sens îl constituie domeniul comportamentului sexual „normal".

Delimitarea devierilor de la ceea ce se admite că reprezintă „normalul" în problemele legate de sexualizarea individului este cu atît mai dificilă cu cît însăşi definirea sexului este uneori problematică.

Determinarea sexului implică o interpretare corelativă a fiecărei etape de sexualizare, etape care se succed riguros în timp (deosebindu-se sexul genetic, cromozomial, sexul gonadic, gonoforic și genital extern, sexul hormonal pubertar și sexul psihosocial comportamental).

In mod „normal" există un consens al tuturor componentelor sistemului sexual care, în ansamblu, realizează sexul feminin sau masculin. În patologie însă este posibilă apariția unor discordanțe între diferitele etape de sexualizare, precum și în cadrul aceleași etape.

Sexualizarea, apreciată global, nu este nici ea întru totul feminină sau masculină, fiecare sex prezentînd în diverse grade elemente ale sexului opus (morfologice, hormonale sau psihice), putînd evolua de la un minim imperceptibil pînă la aspecte net patologice. Echilibrul sexualizării, „reglarea" sa optimală, ca proces dialectic, se realizează prin existența unui antagonism parțial între factorii feminini și masculini.

Un exemplu îl constituie în acest sens combinația cromozomială XX și XY care, în cadrul sexului biologic, programează gonadele nediferențiate pentru a deveni ovare sau testicole. Chiar în cadrul lipsei totale a hormonilor gonadali fetali, fătul continuă să se diferențieze în direcția anatomică reproductivă de tip feminin (MONEY ți EHRHARDT, citați de SADOCK). Fătul ar fi deci primordial feminin.

Cît privește rolul și raportul influențelor de ordin socio-familial și al impulsurilor interne, sexuale, în determinismul psiho-sexual, acesta este extrem de complex, comportînd încă multe necunoscute.

Factorii genetici și hormonali ar influența dezvoltarea psiho-sexuală doar sub raportul formei și aspectului somatic, corporal, în timp ce comportamentul sexual ar fi „învățat" ca și limba maternă, prin experiențele subiectului și educația primită (ipoteza lui MONEY). Sexul cuprinde un teritoriu mult mai vast decît cel al instinctului și pornirilor biologice. O mare parte a comportamentului sexual este învățat și transmis cultural din generație în generație.

La naștere identitatea sexuală (sexul civil, legal) este stabilită și determinată pe baza aspectului morfologic extern al organelor genitale. Întreaga creștere și educație ulterioară a copilului se face în acord cu această fixare. Sensul identității sexuale (masculinitate sau feminitate) se construiește deci gradat și în acord cu forma corporală și rolul genului și se dezvoltă prin educație și experiența de viață a persoanei.

Pentru apariția unui comportament heterosexual normal la vîrsta adultă nu este suficientă o diferențiere morfo-funcțională normală din punct de vedere cromozomial, gonadal și gonoforic. Intervine conștiința apartenenței la sex, noțiunea de sex psihologic, care se stabilește de timpuriu, în jurul vîrstei de 2 ani, fapt explicat prin influența mediului familial (îmbrăcămintea diferită pentru cele două sexe) și descoperirea de către copil a propriilor organe genitale externe.

În raport cu o serie de particularități considerate tipice pentru un anumit sex și în spiritul cărora este crescut și educat copilul se structurează „rolul sexual" jucat de individ în societate, se adoptă statutul și rolul unui sex, care se structurează definitiv în momentul începerii actelor sexuale propriu-zise. Orientarea sexuală, motivațională, care se conturează în procesul de învățare, va dirija aceste acte spre sexul opus sau, într-o eventualitate patologică, spre același sex.

Interesul pentru persoanele de sex opus crește considerabil odată cu pubertatea. El coincide cu o diferențiere sexuală de gusturi și interese în domenii care depășesc cu mult cadrul sexualității. Diferențierea masculinitate—feminitate se manifestă de manieră semnificativă în adolescență.

Adultul are în mod normal un libidou perfect orientat spre persoanele de sex opus. Această perioadă a vieții are și ea o „dinamică", o evoluție marcată de „crize" și restructurări ale personalității, cu repercusiuni evidente asupra vieții sexuale. În cadrul procesului complex de dezvoltare permanentă a personalității umane, realizarea aspectelor „personalității sexuale" (mai bine zis psiho-sexuale), constituie o parte integrantă, raportată la sistemul relațiilor, normelor și exigențelor sociale.

Noțiunile de conștiință a sexului, rol sexual și orientare sexuală sînt de o deosebită importanță. Modificarea raporturilor lor normale poate constitui o cauză importantă a unor aberații și devieri sexuale (de tipul homosexualității, travestitismului și transsexualismului), care apar ca deficite ale sexului psihocomportamental (în lipsa oricăror tulburări neuroendocrine).

Deviațiile sexuale comportă în general o serie de elemente în exces și altele deficitare la nivelul comportamentului. 5lementul cel mai notabil al conduitei îl constituie pornirea sexuală față de persoane, obiecte sau activități anormale sau deviante. În realitate doar arareori un individ care este obiectul unei porniri sexuale deviante nu prezintă deficite sau excese comportamentale asociate. Trei aspecte acompaniază mai frecvent aceste deviații : deficiențe ale pornirilor heterosexuale, deficiențe ale capacităților heterosexuale și deviații ale rolului genului. La homosexuali și travestiți sînt prezente conduite ale sexului opus.

„Aberația identității genului" în care comportamentul corespunzînd rolului sexului opus este complet adaptat, în care bolnavul gîndește, simte și se conduce în conformitate cu rolul celuilalt sex, corespunde transsexualismului. El constă într-o atitudine sau credință fermă a bolnavului că el (ea) este țn realitate o persoană de sex opus (HOENIG), că printr-un capriciu al naturii corpul i s-a dezvoltat anormal, nefiind în concordanță cu „adevărata sa natură". Apelul la medic constă în solicitarea unui tratament medical sau chirurgical pentru a-și schimba corpul, astfel ca sexul lor fizic să devină „normal". Dorința de a fi acceptat și de către ceilalți ca persoană de sexul căruia simt că aparțin devine dominantă, se constitue în țel al vieții, pentru realizarea lui făcînd față unor dificultăți insurmontabile. Acest comportament poate genera serioase dificultăți și conflicte sociale, economice și psihosexuale.

Se pot stabili o serie de similitudini ale transsexualismului cu alte deviații sexuale, dar el poate fi totuși recunoscut relativ ușor, constituindu-se ca o entitate aparte. Se deosebește de homosexualitate prin aceea că pulsiunea homosexualul—transexualul este preocupat de schimbarea întregii sale vieţi. El nu se simte ca un bărbat atras de alt bărbat, ci se simte femeie. Transsexualul poartă haine aparţinînd sexului opus, dar diferă de fetişist. Acesta din urmă poartă aceste articole pentru a se excita sexual sau pentru a-l ajuta să fie potent în cursul contactului sexual. Transsexualul le poartă pentru că el (ea) se simte nenatural, neconfortabil în hainele care sînt considerate potrivite sexului său anatomic.

Transsexualitatea furnizează o incidenţă crescută de sinucideri sau tentative de sinucidere, adevărate urgenţe psihiatrice. La fel automutilările, la care recurg bolnavii uneori. Operaţiile chirurgicale (plastice sau mutilante) pot facilita ulterior comportamente antisociale, inclusiv protituţia homosexuală. Se realizează în acest mod adevărate perversiuni sexuale, prevăzute şi condamnate de codul penal.

Studiile de antropologie comparată relevă faptul că ceea ce este etichetat ca bine sau rău, normal sau anormal în comportamentul sevual, depinde în mare măsură de obiceiurile ţării respective. Modelele de comportament sexual se dezvoltă în relaţie cu obiceiurile, tradiţiile, credinţele şi modul general de convieţuire socială. Fiecare societate îşi construieşte şi dezvoltă propriul său cod moral (inclusiv sexual), în raport de care unele comportamente sînt etichetate ca inacceptabile sau deviante. Acelaşi comportament nu este privit la fel, variaţiile datorîndu-se concepţiilor socio-culturale prevalente.

In majoritatea culturilor civilizate, de exemplu, homosexualitatea constituie o etichetă socială şi adesea o etichetă psihiatrică. Acest lucru nu este valabil în cazul Indienilor Mohavi din America de Nord, studiaţi de DEVEREUX.

Regulile legate de sex sînt la mai toate culturile mai stricte pentru femei, interesul lor pentru sex şi comportamentul sexual fiind strîns dictat de ceea ce este cultural potrivit.

O problemă esenţială se referă la menţinerea balanţei în reglarea sexului. Comportamentele deviante servesc la reglarea sexului în cultură, în timp ce regulile comportamentului normal sînt părţi ale sistemului pentru reglerea sexului. În majoritatea ţărilor civilizate inhibiţiile şi reglările sînt în aşa fel indicate încît relaţiile sexuale să nu ducă la dezbinarea structuri nucleare ai familiei şi la sarcini nelegtime.

Studiile lui Kinsey şi apoi cercetările lu Masters şi Johnson au condus la revizuirea multor teorii general acceptate privind sexualitatea umană, la constatări, în opoziţie cu ceea ce în general s-a considerat a reprezenta norma. Ei au deschis o nouă eră în domeniul tratamentului disfuncţiilor sexuale.

Faţă de simptomele „revoluţiei sexuale“ din societăţile occidentale (care tinde către îndepărtarea de sexul reproductiv şi virarea spre cel relaţional sau chiar „recreaţional“ şi considerarea multor deviaţii sexuale — drept variaţii social admise) este necesară adoptarea unei poziţii ferme, solid fundamentate ştiinţific, care să evite alunecarea spre „libertinaj“, spre promiscuitate, spre subminarea căsătoriei, a familiei — ca „celulă“ socială de bază, ca formă instituţonalizată a sexualităţii. „Normele“ de comportament, inclusiv cele sexuale trebuie să fie orientate spre îndeplinirea comandamentelor grupului social, contribuind astfel la „culturalizarea“ sexualităţii.

From an ethical point of view the human sexuality is considered to be subject to certain „norms“.

The concept „normality“ is influenced to a high degree by the ethical position and theoretical concepts. A good instance in this connection is represented by the „normal“ sexual behaviour.

A good deal of the sexaul behaviour is learned and culturally transmitted from generation to generation.

The concepts of sexual conscience, sexual role and sexual orientation are extremely important. A change in their normal relationship may constituite a major cause of some aberations and sexual deviations in the sexual life (for instance homosexuality, transvestisme and transsexualism).

CONSIDERAREA FACTORULUI ANXIETATE ÎN EXAMENUL CLINIC AL OBEZITĂŢII LA FEMEI

Maria Priboi, Alexandrina Mihalache, R. N. Priboi
— *Galaţi*

Mai frecvent decît în abordarea multor entităţi nosologice, în cazul obezităţii se apelează la noţiunea de „valoare medie“, în aceeaşi măsură constatîndu-se utilizarea în studiile de „grup“ a noţiunii de „valoare dominantă“ ; tot atit de adevărat se dovedeşte însă şi faptul că intervalul de variaţie compatibil cu ideea de sănătate nu se identifică cu noţiunile amintite mai sus.

M. F. Reiser şi H. Bakst subliniază intricarea secvenţelor psihosomatice şi somatopsihice în sindromatica oricărui caz, în faţa bolnavului somatic practicianului revenindu-i şi responsabilitatea stabilirii existenţei şi caracterului modificărilor psihice.

Cunoscută dn toate timpurile, obezitatea marchează o creştere a adresabilităţii în epoca contemporană. Acroşarea problemei varietăţii factorilor ce influenţează incidenţa şi prevalenţa sindromului depăşeşte obiectivul propus in titlul comunicării ; nu pot fi ignorate însă două circumstanţe ce susţin solicitarea examenului medical : — dorinţa mai mult sau mai puţin exprimată a conformităţii cu un model estetic de referinţă (greutatea recomandabilă) şi — opinia că obezitatea ar periclita apreciabil longevitatea. De altfel, dezideratul și temerea menționate anterior constituie esența definiției psiho-sociale sau estetice a obezității, sprijinind adagiul conform căruia „boala nu este numai o stare organică, ci și conștiința ei psihologică, la care se adaugă și modul de a o interpreta al medicului".

Fiziologia și fiziopatologia atestă implicarea diencefalului atît în viața instinctuală și afectivitate, cît și în patogeneza obezității. La rîndul său, clinica menționează frecvența mai mare a obezității la femei, fapt ce pledează și pentru un eventual rol al ovarului în geneza obezității prin intervenția axului hipotalamo-hipofizo-ovarian.

Literatura consemnează studii ce afirmă valori crescute ale anxietății în obezitate, cît și evidențierea unui coeficient ridicat de saturare a anxietății în cazul sexului feminin. Dată fiind complexitatea subiectului, constatările nu tentează formularea de interogații retorice sau problematice în stabilirea vreunui sens vectorial unic al raportului obezitate — anxietate, ci confirmă pertinența punctului de vedere holistic.

Lotul cercetat a fost constituit din 30 femei cu vîrsta medie 54,1 ani. Criteriul clinic al stabilirii diagnosticului de obezitate a fost situarea greutății reale la o valoare ce depășea cu peste 12,5% greutatea „ideală" extrasă din tabelele MLI (Metropolitan Life Insurance, pe întregul lot, depășirea medie de greutate s-a cifrat la valoarea de + 57% (înălțimea medie : 155,4 cm, greutatea medie : 85,1 kg). Criteriul major de selecție l-a constituit lipsa antecedentelor psihiatrice.

Acuzele ce au determinat prezentarea la cabinetul medical al dispensarului teritorial au fost de ordin somatic dar contextul clinic și paraclinic nu au susținut evoluția unor afecțiuni cu prognostic imediat de gravitate majoră, menționîndu-se : reumatismul cronic degenerativ articular, cardiopatie ischemică fără caractere EKG de leziune sau necroză, varice membrele inferioare, sindroame dispeptice superioare.

Datele anamnestice situează debutul clinic-manifest al tendinței supraponderale în jurul vîrstei de 30 ani, frecvent după prima sau a doua naștere (90%). Toate componentele lotului au fost căsătorite (17%, văduve). Structura ocupațională a lotului a cuprins : 43% casnice, 30% pensionare și 27% încadrate.

În 90% din cazuri pacienta asocia supraponderea preocupării dacă aceasta constituie sau nu factor determinant al acuzelor subiective, sau agravat al afecțiunilor asociate ; criteriul estetic era adus în discuție doar de 10% din cazuri — persoane cu vîrsta sub media lotului.

Examenul psihologic a inclus, pe lîngă administrarea testului de personalitate Cattell, testul arborelui (Koch), considerarea expresiei psihocomportamentale a particularităților constitutive (după Hepmans, Wiersma și Le Senne) și MDPT (Machover Draw a Person Test). Concluziv, au fost consemnate la nivelul grupului : proporția ridicată a comportamentului defensiv, ezitant (40%), labilitatea afectivă, hipermotivitate (57%) ; MDPT administrat confirmă datele din literatură, componentele lotului proiectînd în desen personaje a căror dominantă de constituție somatică o reprezenta supleţea (77%).

Vîrsta medie a grupului (54,1 ani) îl situează în interiorul intervalului cronologic 51—60 ani, pentru care, la persoanele supraponderale, se menționează valori, comparativ față de celelalte decade de vîrstă, mai reduse ale anxietății și elementelor ei componente. Faptul este confirmat atît de depășirea doar la 50% dintre componentele lotului a valorilor „normale", cît și de constatarea distribuției preferențiale a valorilor crescute în afara limitelor decadei a 6-a.

Estimările anxietății totale (A + B) se cifrează în jurul notei 8,1 (±1,9) relevînd și structuri nevrotice puternic anxioase, elementul component care ridică valoarea anxietății totale dovedindu-se a fi Q_4 (tensiunea ergică) : 8,6 ± 1,4. Tendința la culpabilitate și depresie (0) este susținută de o valoare medie ridicată : 8,7 ± 1,3.

Oscilațiile valorice ale celorlalte elemente : anxietate manifestă (B) 7,5 ± 2,5, dezvoltarea conștiinței de sine (Q_3) 7,28 ± 1,7, forța Eu-lui (C) 7,6 ± 0,4, afectarea reacțiilor sociale (L) 8,2 ± 0,8 relevă treceri de la anxietatea ușoară la tipul nevrotiform mediu.

Absența antecedentelor psihiatrice și a coafectărilor somatice cu prognostic imediat grav, media de vîrstă a grupului (în interiorul intervalului cronologic aparținînd statistic celui mai redus indice de saturare a anxietății) ar presupune un echilibru destul de stabil privind dinamica activității psihice la persoanele supraponderale. Cu toată această aparență, pentru care pledează strctura grupului, rezultatele investigării recomandă utilitatea detalierii psihodiagnostice, precum și a adecvării atitudinilor psihoprofilactice și psihoterapeutice la supraponderale care, sub raport psihoigienic, sugerează caracterele unui grup de populație „periclitat".

The authors analyse the data concerning the investigation on 30 overweight women (average weight excess : + 57%).

Psychologic examination has included : Cattell Personality Test questionnaire, Koch Draw a Tree Test, consideration of the pnychobehavioural expression of the constitutional preculiarities (according to Heymans, Wiersma, Le Senne) and Machover Draw a Person Test.

In spite of the absence of psychiatric records and of other serious somatic diseases, as well as the belonging of the group to the age interval of 51—60 years (with the lowest anxiety level — statisticaly determinated for overweight subjects) in number of cases were distingueshed defensive and hesitant behaviour, and emotional disturbances.

In addition to these results, there are increased values of the anxiety and its components : work tension (Q_4), culpability and depression tendency (0), according to standard levels (deciles) of the Cattell Personality Test questionnaire.

The conclusions reveal the utility of the psychodiagnostic detailing, as well as the adapting of the psycho-prophylactic and psycho-terapeutic attitudes towards overweight subjects, who, in psycho-hygienical respect, suggest specific features of a „periled" population group.

IMPLICAŢII PSIHOLOGICE ÎN TERAPIA PROTETICĂ

C. Mihalache, M. Şelaru, V. Müller, Silvia Mârţu, P. Romila
— Iaşi

Vîrsta înaintată aduce cu ea nu numai complexitatea unor modificări biologice care însoţesc în mod normal procesul de presenescenţă sau de senescenţă, ci şi modificări profunde cu remanieri şi restructurări uneori impresionante a reactivităţii psihice ideo-afective a personalităţii, ca modificări de statut şi rol social. Toate acestea determină o situaţie a reactivităţii de ansamblu a personalităţii implicînd structurile şi funcţiile sale sub aspectul lor de totalitate unitară, ca manifestare biologică, psihologică şi socială.

De aceea preocupările medicinii contemporane tind din ce în ce mai mult în abordarea actului terapeutic, indiferent de specializarea clinică, pe fundamentarea sa riguroasă din punct de vedere al omului concret considerat ca totalitate de manifestări umane. Preocupările medicinii contemporane se concretizează pe individualizarea actului terapeutic care nu se poate realiza în mod adecvat decît pe baza cunoaşterii aprofundate a particularităţilor biologice psihologice şi sociale ale fiecărui individ, a modalităţilor de structurare verarbică a sistemului psihic al fiecărei personalităţi şi de nivelul şi capacitatea de integrare ideo-afectivă în planul sistemului de triplă reglare funcţională neuro-endocrino-umorală. Dar, sub acest raport dezideratele fundamentale ale medicinii omului total, nu se pot împlini în mod real, decît în cadrul unei echipe interdisciplinare nu să teluricizeze pînă la monstruozitatea înstrăinării actului terapeutic medical, ci dimpotrivă, să mobilizeze şi să dinamizeze toate resursele umane individuale, ale pacientului, ca şi pe cele colective, ale personalului medical şi extramedical de micro-grup familial sau socio-profesional, în vederea realizării unui climat de securitate şi încredere care să topească neliniştea, anxietatea, neîncrederea sau chiar refuzul actului terapeutic sau să pregătească şi să întărească intervenţiile medicale instrumentale, farmacologice şi psihoterapice, în momentul în care au fost puse în mişcare, pentru corectarea defectivităţilor biologice sau psihologice a căror corecţie vizează în final o inserţie socială adecvată şi armonioasă.

Avînd în vedere cele de mai sus şi cunoscînd din practica observaţiei medicale modificările psihologice, uneori cu o manifestă încărcătură psihopatologică a pacienţilor supuşi terapeuticii protetice noi am investigat în mod preliminar un lot de 17 pacienţi în ceea ce priveşte modificările de reactivitate ideo-afectivă utilizînd în acest scop chestionarul W.M. şi testul Eysenck. Administrarea celor două teste s-a realizat înainte şi după realizarea tratamentului protetic.

În cele ce urmează ne vom raporta numai la rezultatele obţinute prin aplicarea chestionarului de personalitate W.M. în baza căruia subliniem următoarele aspecte psihopatologice considerate în raport de tendinţele fundamentale şi de nivelele realizate la calculul scorului obţinut pentru fiecare pacient în parte (tabelele 1 şi 2 şi graficele 1 şi 2):

I. *Emotivitatea* prezintă tendinţe puternic accentuate şi patologice înainte de protezare la un număr de 7 (41,1%) pacienţi şi la 8 (47%) pacienţi după protezare.

II. *Fenomenele obsesivo-fobice* de tip psihasteniform au fost remarcate ca patologice în 9 (52,9%) cazuri înainte şi în 10 (59%) cazuri după protezare.

III. *Tendinţele schizotime*, introvertite le-am înregistrat în 6 (35,2%) cazuri înainte de protezare şi în (52,9%) cazuri după aplicarea protezei.

IV. *Tendinţele interpretative paranoice* au fost remarcate în 7 (41,1%) cazuri înainte de protezare şi în 9 (52,9%) cazuri după protezare.

V. *Tendinţe depresive* — au rămas la aceleaşi valori atît înainte cît şi după aplicarea terapiei protetice, respectiv 9 (52,9%) cazuri.

VI. *Tendinţele impulsive* le-am înregistrat în 6 (35,2%) cazuri înainte de aplicarea terapiei protetice şi în 8 (47%) cazuri după aplicarea protezei.

VII. *Tendinţele şi manifestările de irascibilitate* au fost de 8 (47%) cazuri înainte de instituirea protezei şi de 9 (52,9%) cazuri după aplicarea acesteia.

VIII. *Manifestările aşa zise antisociale* care de fapt reprezintă o accentuare a unor disfuncţionalităţi de comportament interpersonal au fost respectiv de 8 (47%) şi 11 (64,7%).

Aşa cum reiese din graficele anexate ni se pare semnificativă creşterea tendinţelor de nelinişte obsesivo-fobică (II), schizotime (III), depresive (V), impulsivitate (VI), şi antisociale (VIII) cu o scădere doar a tendinţelor emotive (I) şi de iritabilitate (VII).

În ce priveşte tendinţele puternic accentuate se constată o creştere a emotivităţii (I) şi a aşa ziselor tendinţe antisociale (VIII), a fenomenelor paranoice (IV) şi a irascibilităţii (VII).

Din datele preliminare obţinute se desprind concluzii cu următoarele aspecte: 1. Necesitatea de individualizare a actului protetic considerînd că nu se poate realiza fără cunoaşterea aprofundată a particularităţilor psihofiziologice ale fiecărui pacient; 2. Colaborarea medic-pacient necesită asigurarea unui climat de încredere în vederea asigurării unei cooperări optimale pe toată durata actului terapeutic; 3. Observaţiile clinice efectuate îndreptăţesc necesitatea colaborării interdisciplinare dintre medicul stomatolog psihiatru şi psiho-sociolog în vederea soluţionării problemelor protetic; 4. Investigaţia stomatologică şi psihopatologică a confirmat faptul că între examenul clinic protetic soluţia terapeutică aleasă, execuţia tehnică şi particularităţile de reactivitate ideo-afectivă a fiecărui pacient există o strînsă corelaţie în asigurarea finală a reuşitei actului terapeutic ceea ce ne îndreptăţeşte opţiunea de a continua metodologic cercetarea iniţiată.

DEPRESIILE MASCATE — CONSIDERAȚII PE BAZA UNOR OBSERVAȚII CLINICE

Ruxandra Păcală, C. Coatu, I. Munteanu
— *Sibiu*

Registrul vast și heterogen al simptomatologiei psihice în care trecerile de la normal la nevrotic, psihopat sau psihotic se fac uneori pe nesimțite, în care criteriile cantitative și chiar calitative de apreciere sînt adesea nisipuri mișcătoare pe care chiar psihiatrul avizat pășește cu incertitudine, ne-a sugerat observația de față. Chiar dacă autori cum ar fi P. Kielhotz de exemplu afirmă că dg. unei depresii este ceva mai dificil trebuie să admitem că cel puțin depresia francă „tipică“ nu este o stare psihopatologică greu de recunoscut în practica psihiatrică. Dar același autor are perfectă dreptate cînd se referă la greutățile create de anumite simptome somatice care de fapt nu sînt ceea ce par, ci echivalente ale depresiei. Din studiul pe 500 de bolnavi depresivi comunicat de F. Ayd în 1965 reiese că nici 10% din acești bolnavi nu au fost recunoscuți ca atare ca depresivi de medicii somaticieni. care i-au consultat, imensa majoritate a pacienților fiind etichetați ca bolnavi somatici.

Observația noastră mai modestă se referă la un lot de 27 paciente internate într-una din secțiile de psihiatrie a spitalului pe o perioadă de 10 luni care au ieșit din spital cu dg. „depresie cenestopată“.

Din cele 27 paciente prezentate inițial la medicul generalist numai 5 paciente au fost îndrumate direct la psihiatru, celelalte fiind trimise la serviciile: boli interne, endocrinologie sau ginecologie.

Din cele 22 bolnave prezentate în serviciile interne 10 bolnave au fost internate la medicală și ulterior trimise la psihiatrie, iar alte bolnave (10) au fost tratate ambulator pe linie de boli interne, fizioterapie, înainte de a fi trimise la psihiatrie, avînd toate și dg. de afecțiuni somatice.

Din cazurile prezentate la psihiatrie în ambulator și la care s-a considerat necesară internarea, simptomatologia fiind pregnantă și persistentă, diagnosticul de internare a fost: în 16 cazuri nevroză cenestopată, neurastenie, sindrom asteno-depresiv, reacție de suprasolicitare etc., în 2 cazuri psihopatie, iar în 8 cazuri a fost depresie. Din totalul cazurilor internate numai la 2 paciente s-au pus în evidență situații conflictuale în antecedente cu implicarea posibilă în declanșarea stării psihopatologice, la un caz suprasolicitare, iar la restul bolnavelor nu au putut fi descoperite nici un fel de situații stressante incriminabile.

Toate pacientele prezentau la prima examinare o fenomenologie de tip nevrotic cenestopat hipocondriac, sugerind dg. de nevroză, dar erau cazuri trenante cu internări repetate care nu reacționau la tratamentele sedative și psihoterapice. În mod surprinzător însă, administrarea de imipramină (antideprin) și levomepromazin a dus la o evoluție evident favorabilă. Perioada de spitalizare a fost cuprinsă între 25—45 zile după care bolnavele încadrate în muncă și-au putut relua activitatea profesională continuînd tratamentul ambulator sub supraveghere și control periodic. Nici unul dintre cazuri nu a pus probleme de pensionare. Ca vîrstă au fost: — 4 cazuri 20—30 ani; — 3 cazuri 30—40 ani; — 10 cazuri 40—50 ani; — 6 cazuri 50—60 ani; — 4 cazuri peste 60 ani observîndu-se o incidență mai crescută a bolnavelor de 40—50 ani perioadă caracterizată, se știe, prin furtuni biologice și psihice, mai mult sau mai puțin caracteristice.

Ca proveniență 5 bolnave au fost din mediul rural, restul de 22 bolnave fiind de la oraș.

Ca profesie 5 agricultoare, 4 casnice, 5 pensionare, din care 3 de vîrstă, 6 muncitoare, 1 funcționară, 1 asistentă medicală, o vînzătoare, o desenatoare tehnică.

Ca tablou clinic insomnia și astenia au fost prezente în toate cazurile observate. Preocupările cenestopat-hipocondriace s-au semnalat de asemenea în toate cazurile cu predominență digestivă în 16 cazuri, cardiacă în 7 cazuri, rahialgii și dureri osoase în 4 cazuri.

Incidența maximă a fenomenelor clinice a fost în perioadele de primăvară și toamnă. Una din bolnave ne-a relatat că de mai mulți ani primăvara și toamna nu se simte bine, este obosită, nu are nici un chef, dar nu a consultat medicul pînă acum. Toate cazurile au reacționat favorabil la tratamentul medicamentos antidepresiv. O analiză a factorilor comuni a cazurilor observate a arătat:

— simptomatologie cenestopat-hipocondriacă, trenantă persistentă, — insomnii rebele care nu au cedat la hipnotice, — absența motivației conflictuale obișnuite la nevrotici în majoritatea cazurilor, — faptul că aproape toate cazurile au consultat medici somaticieni în prealabil, — lipsa de răspuns la tratamentul sedativ și psihoterapic obișnuit, — reacție favorabilă evidentă la tratamentul cu imipramină (antideprin), și levomopromazin.

Cităm cazul pacientei M. R. — 25 ani, funcționară, necăsătorită, la care se instalează nemotivat o fenomenologie de tip nevrotic cenestopat cu preocupări hipocondriace foarte rebele la tratament și care fusese de 2 ori internată la psihiatrie în Sibiu și o dată la sanatoriul de nevroze Predeal. La 160 zile C. M. se reinternează în spital după ce parcursese întreg arsenalul terapeutic adresat nevrozelor. Recurgînd în ultimă instanță la tratamentul cu imipramină starea psihică a pacientei se ameliorează în mod evident și surprinzător, astfel încît este capabilă să-și reia activitatea profesională continuînd tratamentul ambulator în regim de dispensarizare. Urmărită pe o perioadă de peste un an evoluția pacientei se menține favorabilă.

Prima și cea mai importantă dificultate ridicată de asemenea cazuri se referă la dg. Am văzut, cei mai mulți pacienți ajung întîi la somaticieni, iar aceștia îi consideră un timp bolnavi somatici pentru ca apoi să bănuiască o afecțiune de domeniul psihiatriei. Dar și psihiatrul se poate înșela la început considerînd acuzele pacienţilor ca aparţinînd nevrozei. S-a constatat că asemenea bolnavi sînt capabili să disimuleze trăirile depresive, ideile delirante cu tematică de culpabilitate de o asemenea manieră încît psihiatri destul de versaţi sînt cel puţin un timp induşi în eroare.

De aceea psihiatrul trebuie să gîndească şi să aibă în vedere şi existenţa unor asemenea bolnavi a căror depresie deşi mascată îşi păstrează caracterul de urgenţă în măsura în care suicidul rămîne ca o ameninţare posibilă.

Dacă psihiatrul este capabil să intuiască depresia, am văzut că tratamentul antidepresiv se dovedeşte salutar. Dar discuţia de abia de aici începe. Prima întrebare care se pune este acea privind apartenenţa nozologică a stărilor psihopatologice în cauză. Aparţin ele toate psihozei maniaco-depresive, ca forme monosimptomatice sau echivalenţe melancolice cum le numesc unii autori (Onles).

Punerea în evidenţă în ultimă instanţă cel puţin în unele cazuri a fenomenelor depresive şi delirante pare să dea răspuns acestei întrebări, dar nu întotdeauna şi în toate cazurile. Efectul favorabil al psihotropelor zise antidepresive sau timoanaleptice suscită însă şi alte întrebări dintre care cele mai importante se referă la specificitatea medicamentului şi al mecanismului fiziopatologic al depresiei. Dacă admitem ipoteza perturbării unor funcţii ale hipotalomcesului, perturbare biologică adusă în plan psihopatologic prin depresie, efectul terapeutic al unor substanţe ca imipramina poate fi mai uşor înţeles cu condiţia ca acţiunea specifică a medicamentului respectiv să fie dovedită.

În acest caz şi rolul dg. al substanţei capătă o valoare deosebită. Noi nu am avut posibilitatea utilizării sărurilor de litium, eventual studierea unor loturi paralele de bolnavi trataţi cu imipramină şi săruri de litium. Avem însă informaţii despre suprimarea unor acuze somatice inclusiv dureri sciatice de ex. într-un caz prin electroşocuri. Putem oare considera asemenea fenomene ca echivalenţe depresive ?

Întrebarea rămîne atîta timp cît nu ştim în ce măsură atît unele substanţe cît şi şocul electric au o acţiune favorabilă în depresie şi numai în depresie. Fiindcă altfel rămîne posibilitatea cel puţin teoretică a existenţei şi altor tulburări cu fiziopatologie comună sau asemănătoare cu cea a depresiei, tulburări influenţate de aceleaşi mijloace pe care sîntem tentaţi să le considerăm specific antidepresive.

Oricum expresia „depresia fără depresie" rămîne valabilă mai mult ca butadă. Rămîn însă faptele incontestabile chiar dacă explicaţiile riguroase întîrzie. Ceea ce probează încă o dată constatarea cu atît mai valabilă pentru psihiatrie că : „medicina poate mai mult decît ştie".

REFLECŢII ASUPRA TERAPIILOR DE ŞOC ÎN PSIHIATRIE

Al. Olaru
— *Craiova*

Consideraţiile de faţă asupra terapiilor de şoc în psihiatrie sînt izvorîte din tentativele practice ale asistenţei bolnavilor mintali. Utilizate excesiv înainte de era antibiotică şi cea psihotropă, au fost reduse mai apoi la două procedee ce pot fi denumite clasice, după ce au trecut proba de foc a timpului. Atitudinea empirică a fost justificată prin necesitate, rezumînd preocupări terapeutice de aproape trei decenii. Perspectiva cronologică permite o evaluare justă şi comparativă a rezultatelor procedeelor terapeutice de ieri şi de azi. În marea carenţă de substanţe medicamentoase postbelică, ştiinţa şi arta psihiatrului a fost redusă la psiholepticele morfinice, imaginaţia combinării acestora fiind temperată de riscul inerent. În varietatea imensă a substanţelor psihotrope ale ultimului sfert de veac, psihiatrul a fost obligat să utilizeze discernămîntul pentru a opta şi a combina. În ambele situaţii psihiatrul raţional nu a rejectat celelalte procedee şi îndeosebi, cele zise de şoc, l-au ajutat să rezolve multe impasuri ale profesiunii sale.

Dacă manifestările minore au beneficiat de psihoterapia instinctivă, armată sau nu de unele substanţe anodine, manifestările majore ale suferinţei mintale au atribuit psihiatriei, de la origini pînă aproape de epoca noastră, calificativele ineficienţei şi pesimismului terapeutic, ca şi discreditul incurabilităţii. Preocupările terapeutice în psihiatrie sînt menite a evidenţia ideea medicală a curabilităţii, combătînd în acest fel reminiscenţele mentalităţii sceptice acreditată atît în opinia publică şi, ceea ce este mai trist, în opinia medicală, ca urmare a lipsei de informaţie psihiatrică.

Folosim conceptul de *şoc* în sens terapeutic, însă aria sa este mai extinsă, iar variabilitatea manifestărilor sale se refuză unei definiri riguroase. *Şocul biologic* este consecinţa impactului unui factor exterior (fizic, chimic, psihologic, social) ce acţionează brutal asupra organismului, producîndu-i o variată tulburare somato-psihică. Aşadar, şocul este orice deranjează echilibrul şi armonia organismului uman, solicitîndu-i un răspuns mai mult sau mai puţin adaptativ, un răspuns modificator minim, mediu sau forte, creînd o nouă stare. Răspunsul insesizabil cu mijloacele de detectare actuale este totuşi o modificare ce poartă eticheta necunoaşterii noastre, *areactivitatea*. Neconcordanţa între intensitatea factorului perturbant, denumit astăzi stress şi intensitatea reacţiei organismului este o altă problemă ce angajează o serie de mecanisme ale reactivităţii organice cu implicaţii fizice şi biologice, chimice şi biochimice, fiziologice şi fiziopatologice, imunologice şi toxicologice, endocrine şi vegetative, neurologice şi farmacologice, psihologice şi sociofiziologice, specifice şi nespecifice, pe scurt, de echilibru sanogenetic şi de dezechilibru patogenetic. Descifrarea, e adevărat, parţială a mecanismelor reactive la stressuri, de către H. Selye, cu cele trei faze: de alarmă, de rezistență și de epuizare ale sindromului general de adaptare, a deschis o perspectivă a clarificării dialecticii biologice șoc-homeostazie, de a cărei înțelegere va beneficia și psihiatria, explicația științifică luminînd observația empirică.

Orizontul larg deschis de acceptarea acestui sens al noțiunii de șos are un reflex ce se răsfrînge asupra întregii terapeutici, atît asupra celei biologice, cît și asupra celei psihologice. Orice substanță de impact la care este supus organismul, pe cale parenterală sau orificială și care perturbă homeostazia realizează o stare de șoc, fie că este vorba de substanțe febrigene (lapte, vaccin TAB, drojdia de bere etc.), de hormoni (insulina), de substanțe chimice (pentetrazol) sau de factori fizici (electricitatea) etc. Violența manifestărilor de conștiință și de motricitate a unor procedee comatoase și convulsive impresionează și le creează nejustificat o atmosferă misterioasă și rezervată. Dar, manifestările extrapiramidale întîlnite în decursul tratamentelor cu psiholeptice chimice, marile perturbări ale homeostaziei pe care le generează, nu sînt tot atît de impresionante și uneori destul de persistente cu toate corectoarele administrate, încît să fie considerate altfel decît ceea ce sînt, adică *terapii de șoc chimic?* Răspunsul rămîne deschis meditației tuturor.

O incursiune sumară în istoria medicinei, la originile sale științifice, îmi pare de oarecare interes pentru problema ce ne preocupă. Terapia hipocratică de echilibrare a umorilor prin eliminarea celei în exces și de restabilire a crazei (adică a amestecului just, calitativ și cantitativ al umorilor) uzează de *purgație*, care avea înțelesul de eliminare a umorilor pe căi naturale. Aceasta era o metodă de șoc. Purgația era voma, expectorația, sudorația, diureza, diareia, ce erau provocate prin diferite procedee: substanțe vegetale, prin elebor cu efectul său drastic, prin băi calde etc. Acest tratament hipocratic a fost reluat în epoca Renașterii și are numeroși adepți și în vremea noastră. Un eseist german spune despre grecii antici că au gîndit în filozofie cu anticipație pentru întreaga omenire. Putem afirma, parafrazînd acest autor, că marile probleme ale medicinii contemporane se află în germene în știința hipocratică. Principiul homeopatic al tratării unei boli prin altă boală, ce se află și la baza terapiilor de șoc, este bine precizat de Hipocrat în acea *febris sanat* sau *starea febrilă terapeutică*. El evidențiază rolul febrei în unele boli, într-un aforism (VII, 52: *„La cei cuprinși de dureri violente de ficat, dacă survine febră, ea face să dispară durerile“).* Cu un veac înaintea lui Hipocrat, Parmenide din Eleea, afirma *„Dați-mi puterea să produc febră și voi vindeca toate bolile“*. Șocul febril a făcut carieră în medicină și, mai ales, în psihiatrie. Piretoterapia cu substanțe proteice, cu lapte, a fost utilizată de diverși terapeuți evidențiindu-i acțiunea stimulantă. Redescoperirea piretoterapiei malarice (1917), fundamentarea ei științifică, a fost o revoluție în terapia psihiatrică a paraliziei generale, decernîndu-i-se lui Julius Wagner von Jauregg (1857—1940), premiul Nobel (1927).

Experiența personală a terapiilor de șoc în psihiatrie între 1951—1979 a fost dictată de realitățile patologice și de carența altor mijloace de tratament. Deși cuprinde stăpînirea unor procedee variate, aplicarea acestora a fost inegală, în funcție de eficiența inconstantă, de incomoditățile de aplicare, de apariția medicației psihotrope a ultimilor 25 de ani, ceea ce a dus la abandonarea unora, dar și la menținerea obstinată a altora. În stările de agitație psihomotrice majoră ale maniacului, ale schizofrenului, ale unor psihoze acute etc., am folosit, între anii 1951—1956 *șocurile piretice* cu ajutorul injecțiilor intramusculare de lapte fiert în doze progresive de la 2 pînă la 10—15 ml și vaccin TAB, în injecții intravenoase începînd de la 0,1 pînă la 0,5 cmc vaccin. Febră inconstantă, rezultate mediocre. Rezultate foarte bune am avut un timp cu malarie terță (plasmodium vivax), în paralizii generale. Sușa era adusă de la Spitalul Central din București (Sofletea, Cortez, Negulici) și o pierdeam repede, neavînd totdeauna posibilitatea aducerii bolnavilor pentru a o menține. În acces febril se prelevau 10 ml sînge și se injectau intravenos altui bolnav. Terapia antibiotică cu penicilină, ca și unele riscuri de infestare malarică a populației, au eliminat malarioterapia. Paralizia generală, marea beneficiară a acestei terapii, a devenit o afecțiune extrem de rară, eradicată ca și malaria, internîndu-se la 2—3 ani cîte un bolnav, al cărui diagnostic clinic este dificil, deoarece nu ne mai gîndim la această boală. Consider paralizia generală la noi, un capitol de istoria medicinii. *Șocuri piretice* de bună calitate am obținut cu *saccharomyces cerevisiae* (drojdie de bere din comerț) 10 g/100 ml ser fiziologic, 0,5 ml, 1 ml, 1,5 ml (în doze progresive, intravenos), cu rezultate în paralizia generală, în etilism cronic, stări psihotice diverse, cu agitație.

Rezultate excepționale în psihozele schizofrenice, în deliruri cronice, în melancolie etc. am obținut prin *șocurile cu cardiazol* 10 ml în vînă, injectate rapid. Am efectuat, în lipsa cardiazolului, peste *700 șocuri* cu pentetrazol românesc (în 1960). În puține cazuri am izbutit să conving bolnavii să continuie tratamentul peste 5 ședințe, majoritatea abandonînd după 2—3 șocuri, datorită senzației penibile, a cărei amintire o păstrau, în intervalul de la injectarea ultimei picături de pentetrazol și criza de conștiință, apariția acesteia fiind de cca 30—40 secunde de conștiență. Remisiunea era promptă, de calitate și de mai lungă durată decît în celelalte terapii de șoc.

Șocurile hipoglicemice, în diferitele lor variante, *șocuri umede*, *comatoase* și *come-convulsii*, s-au bucurat de o practică excesivă în clinică. Rezultatul excepțional obținut prin șocurile umede în diferitele forme de nevroză, prin modificarea pozitivă a metabolismului general realizată de insulină în doze mici, nu necesită discuții, fiind, în prezent, un truism medico-terapeutic. Șocurile comatoase și comele convulsii, practicate cu intermitență, au un efect indubitabil în formele de schizofrenie incipientă sau în formele incerte, denumite frecvent, forme atipice. Aceste șocuri trebuie rezervate numai acestor stadii evolutive și acestor manifestări clinice din grupa nosologică a schizofreniei. Dificultățile întîmpinate țin de mai mulți factori. În primul rînd, substanța de șoc, ***insulina***, nu se găsește în cantități industriale, producția ei limitată nu permite a fi întrebuinţată *ad libitum* şi nici nu poate fi deturnată de la bolnavii diabetici, ce se află în procentualitate crescută în lumea contemporană, fiind tratamentul specific al acestora. Cu toată planificarea substanţei, aprovizionarea este discontinuă. Necesită o cantitate mare de substanţă pînă la realizarea comei şi a comei-convulsie hipoglicemice, în medie fiind de 100—120 u.i. Nu totdeauna şocurile următoare se obţin la doza iniţială de şoc, necesitînd un spor ce poate ajunge pînă la 160 u.i. În al doilea rînd, dificultăţile de realizare a comei sau a comei-convulsii vin din partea organismului şi a modalităţii de administrare subcutanată sau intramusculară, de variaţiile individuale ale absorbţiei şi de forţa hipoglicemiantă a substanţei în contextul umoral-fiziologic al organismului în momentul dat. Se adaugă, în plus, rigurozitatea supravegherii bolnavului etc. Toate acestea constituie o cheltuială de substanţă şi de timp ce depăşesc unele posibilităţi, nepermiţîndu-ne a depăşi un număr de 10—15 şocuri efective la un bolnav, care necesită în jurul a 20 şocuri într-o cură.

Rămîne totuşi o posibilitate, pe care n-am realizat-o încă, neavînd certitudinea unei insuline pure, prin injectarea intravenoasă a insulinei, care ar putea realiza rapid şocul hipoglicemic la o doză mică de substanţă. Perspectiva este optimistă : economie de substanţă, economie de timp, dar şi o supraveghere tehnică calitativă a tratamentului.

Şocul electric manifestat prin coma-convulsie realizată cu ajutorul aparatului special de electro-convulsii a constituit terapia de elecţie pe o mai îndelungată perioadă de practică psihiatrică, aceea a anilor 1951—1979. A fost o metodă de vreme rea şi de vreme bună şi care ne-a scos cu faţa curată din multe încurcături ale profesiunii. Am utilizat mulţi ani aparatul Bini-Cerletti, cu care a dotat profesorul D. Paulian secţia de neuropsihiatrie înfiinţată la Craiova în 1945 sub conducerea doctorului Sava Lăzărescu. Aparat de început, lent, cu expunere de cîteva secunde, comă profundă, somn reparator de 30—40 minute, ceea ce imobiliza întreg personalul o jumătate de zi pentru 5—6 bolnavi. Din 1967 am folosit excepţionalul aparat „Siemens“ : *Konvulsator 622*. Posibilitate de utilizare a impulsurilor electrice în grupe discontinui, cu programare a reglării timpului pînă la 10 secunde şi intensitate reglabilă în 9 trepte pînă la 900 m A, comă mai puţin profundă şi somn reparator de 5—10 minute, permiţînd efectuarea unui şoc la 2—3 minute (20 într-o oră). Bilanţul a 14 ani de terapie electroconvulsivantă (1960, 1967—1979) relevă un număr remarcabil de şocuri : *17 406*, la 3 198 bolnavi, dintre care 1 309 bărbaţi şi 1 889 femei, revenind o medie de 5,4 electroşocuri pentru un bolnav. Afecţiunile psihice în care s-au efectuat sînt, în ordine descrescîndă : psihozele maniaco-depresive, accesele melancolice, dar şi cele maniacale, melancoliile de involuţie, predominante la femei, bufee delirante, schizofrenii, psihoze postpartum, alte stări psihotice, nevroze cu manifestări depresive, anxioase şi cenestopate. Nu am avut nici un caz letal imediat sau tardiv în care să fie incriminată acţiunea electroşocului. În primii ani surveneau mici accidente fără semnificaţie pentru starea generală a bolnavilor : luxaţii mandibulare, la aceia cu laxitate ligamentară, reduse imediat sub acţiunea anesteziantă a electroşocului, discopatii şi fisuri vertebrale, luxaţii scapuloumorale şi coxofemurale, fisuri costale, două cazuri de abcese pulmonare, stări de apnee prelungită şi sub 0,5% din numărul bolnavilor au prezentat episoade de confuzie mintală, cu amnezii de fixare, adevărate *sindroame korsakoviene curabile de electroşoc*. Numărul insignifiantelor incidente a scăzut la minimum, ca urmare a unor măsuri de îmbunătăţire a tehnicii electroşocului şi a unei judicioase selectări a bolnavilor, ţinînd seamă de contraindicaţiile ce ar putea marca un potenţial accident dacă bolnavul ar fi supus acestei terapii. Mai mult, realitatea patologică ne-a impus o extensie a limitelor de vîrstă admise, coborînd sub 16 ani (15—14) şi ridicînd peste 70 (70—75). În asocierea electroşocului cu unele medicamente timoanaleptice, cum ar fi imipramina, aceasta, în doze de 25—75 mg, are o acţiune de ridicare a pragului convulsivant, similară aceleia a acidului feniletilbarbituric şi nu de scădere a acestuia, considerînd imipramina ca o substanţă cu potenţialitate epileptogenă, ceea ce poate fi adevărat la o doză de peste 100 mg pe zi. Aproape totdeauna, la bolnavii trataţi cu antideprin şi electroşoc, pentru a realiza şocul a fost necesară o creştere a intensităţii curentului sau şi a timpului de expunere.

Evantaiul larg al posibilităţilor terapeutice, fără nocivitate, ale electroşocului îl situează între cele mai eficiente şi economice mijloace de luptă în patologia psihiatrică. Evaluarea rezultatelor sale pot fi clarificate de la spectacular şi foarte bun, pînă la bun, mediocrul şi nulul fiind relevate statistic ca insignifiante, dacă se ţine seama de indicaţiile bine precizate după patru decenii de practică sismoterapică. Chimioterapia psihotropă nu a zdruncinat piedestalul acestei metode de terapie psihiatrică, ce poate fi considerată clasică şi absolut indispensabilă în corectarea timopatiilor depresive.

Explicaţia succesului unora dintre terapiile de şoc în psihiatrie pare a fi dată de ipoteza că mecanismul lor de acţiune ar viza direct elemente ale fiziopatologiei bolii mintale. Chiar dacă ne menţinem în planul ipotetic, unele corelaţii ale terapiei şi ale fiziologiei, ne sugerează prezenţa foarte apropiată a adevăratei explicaţii ştiinţifice. .

Metodele de şoc angajează funcţional, după modelul sindromului general de adaptare al lui H. Selye, sistemele nervos şi endocrin. Stress-ul (agresiunea) provoacă în organism dezechilibru, manifestări ale unor reacţii nespecifice neuroendocrine în scop adaptativ. Analizînd fiziologic epilepsia electrică, J. Delay descrie 5 crize : de conştiinţă, convulsivă, neurovegetativă, umorală şi bioelectrică, fiecare dintre acestea fiind însoţite de o simptomatologie caracteristică şi corelate în cea mai mare parte de funcţiile diencefalului, a formaţiunilor bazilare şi hipofizare după cum o dovedesc fapte experimentale, clinice, neurochirurgicale. Corelaţiile diencefalocorticale se desfăşoară în două sensuri, de activare a cortexului prin informaţii în efectuarea cărora sistemul reticulat ascendent are un rol reglator prin mediaţia catecolaminelor şi de frenare corticală asupra diencefalului. Somnul și veghea, setea și foamea, nevoile instinctive și oscilațiile emoționale, reglările metabolice și termice fac parte din marile ritmuri vitale reglate de regiunea hipotalamică. Delay citează pe Harvey Cushing: „Acolo, în hipotalamus, în această mică zonă mediană și arhaică a bazei creierului, care ar putea fi acoperită cu unghia degetului, se află resortul esențial al vieții instinctive, vegetative, emoționale, pe care omul s-a străduit să-l acopere cu un cortex de inhibiții". Toate metodele de șoc acționează asupra diencefalului fie că este vorba de șoc piretogen, de șoc hipoglicemic, de șoc chimic cardiazolic sau prin psihotrope, de pneumoșoc sau de electroșoc. Manifestările lor angajează direct marile funcțiuni ale zonei de răspîntie neuroendocrină de la baza creierului, implicînd și corelațiile acesteia cu restul sistemului nervos și, prin aceasta, cu organismul în întregime. Spre exemplu, electroșocul reglează tulburarea timică în primul plan al psihozelor afective (manie-melancolie) și pe aceea a schizofreniei. În același timp, reglează tulburările conștiinței evidente în episoadele confuzo-onirice. Cercetările mai noi tind a descifra substratul biochimic al depresiilor endogene și anume printr-o scădere a catecolaminelor noradrenergice și dopaminergice ale sistemului nervos central. Electroșocul ar acționa asupra metabolismului acestor catecolamine cerebrale, ca și asupra altor factori neurofiziologici, intervenind astfel în reglarea lor funcțională.

Sindromul neuroleptic: tulburările extrapiramidale și vegetative, obezitatea, modificările afective și comportamentale etc. exprimă locul de acțiune, regiunea diencefalo-hipofizară, a psihotropelor fenotiazinice, etc. dovedind astfel, că sînt medicamente de șoc.

Așadar, pe lîngă efectele terapeutice de care beneficiază bolnavul mintal supus la aceste procedee de șoc, acestea pot proiecta o rază de lumină în labirintul obscur al mecanismelor fiziopatologice proprii unor boli mintale.

În concluzia acestor meditații asupra terapiilor de șoc utilizate de pratica psihiatrică curentă și asupra cărora pare a stărui actual o incertitudine, justificată numai de lipsa unei informații obiective, apreciem că unele dintre acestea, șocul hipoglicemic și, cu osebire, șocul electric, rămîn metode de tratament clasice și de neînlocuit încă în stările depresive endogene de intensitate nevrotică sau psihotică, cu toată concurența chimioterapiei moderne. Folosirea lor se află în acord deplin cu avertismentul hipocratic, *primum non nocere*, una dintre ele, sismoterapia, rău famată în mentalitatea comună, fiind una dintre metodele cele mai puțin vătămătoare, mai eficace, cu acțiune rapidă și de lungă durată, care acceptă concomitent și celelalte metode, de la chimioterapie la psihoterapie.

This study deals with critical considerations on the biological shock-methods within the psychiatric practice; the author states his own experience of almost three decades of these therapeutic proceedings.

There is an attempt of a definition of what we usually call „a shock-method" in which one points out the relation *stressing-factor somatopsychic response*, which might be the result of the impact, the exterior fact (phisical, chemicali, psychological and social) and want of homeostasis. One insists upon the partial the partial deciphering of the phenomenon, set forth by H. Selye.

After a brief excursion within the history of shock-therapies in medicine, the author displays a personal experience (1951—1979) within psychiatry, starting from the fever-shocks (milk, TAB vaccine, malarin and, especially, with saccharomyces cerevisiae) to the drug coma-convulsion shocks (Cardiazol-Pentetrazol), *hormonic insulinic* and especially *electric*. The good results most of all those of bilateral and one-sided sysmo-therapy in the last 14 years, with Konvulsator 622 (Simens), 17 500 electroshocks without deadly accidents urges on the author to consider this method to be an unreplacebleclassical method of treatment still in the case of endogenous depressions and that may be associated to other methods, from chemical therapy to psycho-therapy.

DIALOGUL ÎN TERAPIA COMPORTAMENTALĂ DE GRUP

Mihaela Manta, D. Butnaru
— Iași

1. Pedagogia contemporană se definește ca o pedagogie situațională; Existența elevului se constituie din totalitatea situațiilor care pot influența sau produce schimbări prin acțiuni coordonate; rezultă că educația își propune structurarea unor comportamente adecvate pentru rezolvarea corespunzătoare a situațiilor în care individul ar putea fi implicat. De aici postularea a doua caracteristici: — caracterul psihoterapeutic al educației; — caracterul educogen al demersului psihoterapeutic.

2. Grupul furnizează elemente de învățare (în sens complex). Practic, el mijlocește o experiența psihologică care poate deveni fecundă: întîlnirea cu celălalt, deschiderea, exhibarea, elemente care pot modifica profitabil comportamentul. Tacticile sînt de două categorii: — prin care individul acționează în grup — pe două axe: dominanță—dependență și afiliere—inafiliere; — prin care grupul ia atitudine față de individ.

A. grupul limitează acțiunea individului în scopul asimilării prin: — țintuire — insul este criticat pentru că nu a respectat o normă sau — izolare — individul este menținut în grup dar posibilitățile lui de contact social și acțiune sînt limitate.

B. tehnici prin care se lărgește libertatea individului pentru a-i cîștiga adeziunea: — cooptare—acceptarea în grup; — dezlegarea—operație prin care se acordă pentru o perioadă de timp definită, între anumite limite, dreptul individului de a transgresa normele grupului.

Scopul acestor tactici este de a menține individul în grup și de a-i remodela comportamentul.

Comportamentul: urmărim reducerea disonanței și amplificarea sinectitcii, deci în particular, menţinerea/reintegrarea comportamentală în fişia de toleranţă. Restructurarea comportamentului, reintegrarea subiectului în ansamblul unor relaţii normale necesită un demers complex în funcţie de tipul handicapului, vîrstă, nivel de şcolarizare, motivaţie, nivel de aspiraţie. Metodologia necesită o activitate educaţional-terapeutică; privim acest act ca pe un instrument educativ intenţionat şi explicit, aplicat la solicitarea educatorului, în situaţii deficitare şi avînd ca obiectiv redresarea eficientă a subiectului, readaptarea şi restructurarea personalităţii şi a comportamentului său în scopul refacerii echilibrului psihologic şi a reintegrării sale în viaţa activă. Obiectivele imediate ale acestui act sînt educaţionale, scopul său este terapeutic.

Comunicarea, dialogul reprezintă procesul prin care doi indivizi utilizează cuvîntul cu intenţia ca fiecare din interlocutori să înţeleagă ce gîndeşte şi ce simte celălalt, ajungîndu-se la comprehensiunea reciprocă a punctelor de vedere şi a modurilor de a fi. Acest proces este baza psihologică a actului educaţional-terapeutic. Individul îşi desfăşoară activitatea în contextul unor ample reţele de circuite comunicaţionale. Scurtcircuitele semnalează deficite în relaţii şi, comportamente. Cuvîntul este deci simptom dar şi medicament. Deci, funcţia terapeutică a educaţiei apare ca o funcţie, educaţional-terapeutică a comunicării interumane, conştiente, relaţionale, verbale. Eficienţa terapeutică a cuvîntului se datoreşte: — reprezentării în structura sa a tuturor nivelurilor la care se realizează comunicarea persoanei cu ambianţa; — multiplelor funcţii îndeplinite în organizarea şi reglarea acestor raporturi.

1. Două grupuri de debili mintali recuperabili avînd fiecare cîte 9 elevi cu vîrsta de 14—17 ani, cu diagnostic de debilitate mintală uşoară, cu evoluţie liniară, cu tulburări de comportament pe fond educaţional şi social.

2. Tehnica grupurilor de comportament corelată cu tehnici de sensibilizare, în şedinţe săptămînale, cu cîte un singur animator.

3. Înregistrarea fidelă a discuţiilor.

4. Scopul — modificarea comportamentului.

5. Mijloc — folosirea limbajului ca instrument terapeutic prin accentuarea funcţiilor persuasivă, de comprehensiune simpatetică şi de construcţie/reconstrucţie, considerînd că limbajul face transfer de cunoştinţe pe baza cărora se pot induce comportamente.

5. Analiza comportamentului (inclusiv disciplina şcolară) prin elemente cantitative şi calitative.

Din datele obţinute rezultă următoarele concluzii:

Experienţa vieţii de grup devine modalitatea deschiderii, desferecării indivizilor şi creează posibilitatea modificării lor.

La pornire, elevi par decepţionaţi de propriile reacţii, de informaţiile pe care le furnizează, argumentele li se par ireconciliabile. Treptat, incompatibilitatea de opinie se transformă în confruntări ce generează îmbogăţirea reciprocă.

În contact cu părerile şi atitudinile celorlalţi, participanţii ajung să dezavueze unele din propriile lor atitudini şi comportamente în diverse situaţii din viaţă, mai intîi subiectul încetează să le exteriorizeze, apoi se străduieşte să uite de existenţa lor, ba chiar să reacţioneze prin contradictoriu (atenţie la pericolul conformismului care maschează absenţa convingerii: este convins că trebuie să facă ceea ce fac ceilalţi pentru că o fac mai mulţi şi nu pentru că aşa este cel mai bine să facă).

În grup au fost intens trăite relaţia cu altul, tensiunile, jocul complex al afinităţilor şi respingerilor. Prin aceasta, percepţia pe care fiecare o are despre ceilalţi se va găsi perfecţionată, îmbogăţită, deci şi percepţia pe care fiecare o are despre sine va suferi aceeaşi metamorfoză.

Subiecţii au avut nevoie (manifest sau intrinsec) de cineva cu care să poarte un dialog, să-şi confrunte opiniile, să-şi verifice atitudinile. Ei trebuiau convinşi că deţin resursele pentru a înfrunta dificultăţile.

Dialogul a reprezentat un mijloc de obiectivare şi lărgire a gîndirii fiecăruia; apărînd ca o cale de apropiere comună spre un scop extrinsec (comportamentul adecvat).

Elevii s-au inserat în discuţii, au fost deschişi la pluralitatea modurilor de gîndire, la confruntarea punctelor de vedere, fapt care i-a condus, în grup, şi pe fiecare în parte, la a-şi întemeia, clarifica, ordona ceea ce este şi ceea ce face.

Fiecare participant a ajuns la a-i asculta comprehensiv pe ceilalţi, la a le considera părerile şi persoana.

S-a stabilit o simpatie care nu a silit pe nici un participant să se identifice cu ceilalţi, ci dimpotrivă, să intre în comunicare cu aceştia prin particularităţile sale, prin ceea ce a lăsat să transpară din propria personalitate.

Treptat, subiecţii şi-au recunoscut atitudinile în atitudinile celorlalţi, au luat cunoştinţă de efectul propriilor comportamente.

Pe măsură ce experienţa lor a crescut, şi-au dat seama că mijlocul cel mai sigur de a-şi asigura afecţiunea şi respectul constă în a se comporta în mod rezonabil şi social.

SOFROMNEZIA — PSIHOTERAPIE DE SCURTA DURATĂ

R. Ricman
— Timişoara

Dacă al XXVII-lea congres i-a adus consacrarea, tot el a fost însă şi cel care a chemat Psihanaliza în proces pentru atitudinea ei rigidă şi intolerantă faţă de alte dimensiuni ale conştiinţei. Misterlich avea să avertizeze freudiştii, cu această ocazie, că teoria lor „nu va rămîne în istorie, decît dacă psihanaliza nu se va decide în sfîrşit să ţină cont de contextul social". I se va reproşa apoi o terapeutică oneroasă de prea lungă durată şi nu totdeauna eficientă. În realitate însă, unii psihanalişti atrăseseră deja atenţia asupra posibilităţii de a accelera procesul analitic. Este vorba mai ales de Roland Cahen, eminent psihanalist jungian. Discutînd cu unii din ei (constata G. R. Rager) „ai impresia că nu mai e nimic de descoperit în domeniul conştiinţei" : Freud a creat din capul locului un instrument perfect de care nu trebuie să te mai atingi. Psihanaliza este un ritual imuabil care trebuie să se transmită de-a lungul secolelor.

Teoria psihanalitică este contestabilă şi de altfel contestată, ca orice teorie care pretinde să cuprindă adevărul în întregime. Cu siguranţă că ea aduce puncte de vedere noi, deosebit de fecunde în dimensiunea conştientului. Ca orice teorie însă şi ea va fi depăşită şi înlocuită de o alta, poate fundamental diferită.

Începuturile sofrologiei. Prin părintele ei, Alphonso Caycedo, profesor de Neuropsihiatrie la Universitatea din Barcelona, Sofrologia aparţine încă de la început medicinii. Ea se dedică studiului tuturor fenomenelor capabile să provoace modificări ale conştienţei : tehnici de relaxare, sisteme orientale de antrenament psihofizic, fenomene hipnotice, etc. Ea admite la toate acestea existenţa unei rădăcini comune, cu o mare valoare de cercetare şi al cărei studiu va îmbogăţi medicina viitorului. Astfel s-a născut „relaxarea dinamică", ce constituie o armă de primă mărime în terapeutica psihiatrică.

Caycedo propune ca ipoteză de bază a cercetărilor în sofrologie diviziunea teoretică a conştiinţei umane în „nivele" şi „stări". Înţelegînd prin „nivel", modificarea cantitativă de conştiinţă ; şi prin „stare", modificarea ei calitativă.

Definiţia Sofrologiei. Sofrologia e o şcoală ce studiază conştiinţa umană. Plecînd de la concepţii noi, se cercetează structurile, posibilităţile precum şi modificările acesteia produse prin metode chimice, psihice şi fizice pentru utilizarea lor în medicină.

Dacă sofrologia este o disciplină, sofronizarea este un proces ; capabil să antreneze o modificare a nivelelor de conştiinţă atît în sens descendent cît şi ascendent. Această modificare implică libertatea progresivă a forţei inerente noului stadiu de conştiinţă ce se instalează. Procesul sofronic poate fi atît heterosofronic cît şi autosofronic, deci indus de subiect însuşi.

— *Sofromnezie — hipnoanaliza.* Mulţi autori care folosesc hipnoza cu titlul de psihoterapie, au tentat să realizeze un sistem care să permită utilizarea metodelor psihanalitice în stare hipnotică. Majoritatea psihanaliştilor sînt însă ostili tehnicilor hipnoanalitice, ostilitatea lor fiind justificată de faptul că aceste procese atacă direct bazele psihanalizei şi constitue într-un fel o adulterare a însăşi metodei freudiene. Alţi autori pretind că hipnoanaliza ar accelera procesele analitice ; (Schneck, Rosen, Mears, Raginsky, Wolberg şi mulţi alţii).

Profunzimea stării hipnotice variază cu tehnicile folosite. Asociaţia liberă, inducerea viselor, regresia parţială, scrierea automată, implică o profunzime uşoară sau medie. Pentru acestea, antrenamentul subiecţilor poate fi de scurtă durată, în cîteva şedinţe majoritatea oamenilor fiind capabili să ajungă la o transă de profunzime mijlocie.

— *Sofromnezie. 1. Fenomene sofromnezice.* Caycedo apreciază că sofronizarea permite în multe cazuri producerea unei hipermnezii sui generis, demnă de a fi studiată şi a unei importante terapeutici care nu necesită într-atît folosirea sistemului psihanalitic ortodox. Pentru a întreprinde noi cercetări în această direcţie a trebuit să creeze o nouă terminologie în care foloseşte cuvîntul „sofromnezie" sau „fenomen sofromnezic".

Ne vom limita aici doar la o sinteză schematică a principiilor ei fundamentale.

Caycedo numeşte astfel o metodă foarte simplă şi delicată, clasic sofrologică. După ce se dirijează relaxarea şi odată procesul sofronic pornit, se cere pacientului să-şi concentreze memoria asupra primei amintiri din viaţa sa.

Urmează interogatoriul după principiul sofrologic al „întrebărilor pozitive". Această metodă permite obţinerea unei anamneze pozitive a istoriei bolnavului. În multe cazuri se constată o augmentare extraordinară a memoriei, fenomen pe care Caycedo îl numeşte „hipermnezie sofronică" (R. Ricman—IV B_1).

Sofromnezia onirică. În cursul sofronizării se pot produce fenomene de tip oniric ce pot fi folosite pentru a sugera bolnavului cîteva vise libere, urmînd cronologic vîrsta pacientului. Sofrologul nu trebuie decît să indice vîrsta la care urmează să se producă visul, ca bolnavul să comunice sofrologului conţinutul acestora. (R. Ricman — IV A).

Dialogul postsofronic. În stare sofronică memoria bolnavului operează o veritabilă selecţie căreia Caycedo îi atribuie o mare importanţă. În aceleaşi condiţii el găsind frecvent şi un mare amalgam de imaginaţie şi fantezie, fenomen pe care l-a numit „sofroplasticitate imaginară" şi „sofromnezie fantastică".

Am selectat din experienţa noastră două cazuri ce ne par mai convingătoare :

— Mirela B. 42 de ani, Dg. Psihopatie de nucleu, F. O. = 518/1975. Tatăl, de profesie avocat, n-a reuşit niciodată să-şi impună punctul de vedere în familie. Mama, megalomană, politoxicomană, diabetică, provine dintr-o familie tarată psihic (un frate paranoiac). O soră geamănă (prima), fără amprente psihopatologice şi în trena căreia îşi duce secundar, pînă mai de curînd, existenţa ; ambele termină studiile superioare cu rezultate foarte bune, Mirela e nevoită însă să recurgă la vigilizante, să facă eforturi suplimentare la învăţătură. Are complexe de inferioritate, afirmă că a moştenit „tot ce e mai rău în familie". De cînd mama a început să se drogheze, sora „mai mare" a devenit modelul ei absolut. Vine însă timpul ca aceasta să se căsătorească, astfel se separă şi Mirela intră într-o stare de derută. Se căsătoreşte şi ea, cu un coleg, la îndemnul părinţilor, fără nici o afecţiune de la nici una din părţi, ginerele sperînd la o moştenire secretă. Se internează cu un comportament psihopatologic complex : nelinişte, tristeţe, sentiment de eşec, stări crepusculare cu dezorientări şi acte afirmativ autoagresive, compulsiuni suicidare. Personalitate deficitară, de model infantil, corespunzătoare constituţiei uşor nanică, uşor fragilă, uşor dismorfă. O existenţă secundară, subordonată, cu permanentă nevoie de protecţie, de sprijin, de adăpost, fără de care se simte suspendată, expusă, vulnerabilă, în derută, în derapaj, pe margine de prăpastie. În cursul unei regresii sofronice de vîrstă indusă de psihoterapeut, pentru a preciza relaţia pacientei cu sora, se instalează o stare de nelinişte particulară ce degradează în agitaţie psihomotorie de alură confuzională, tot mai agresivă, punînd în pericol mobilier şi terapeut. În tot acest timp, discursul e clar şi inteligibil, permiţînd uşor să se deducă un dialog vehement şi injurios de o vulgaritate debordantă, cu sora de care tocmai vorbeam. Am fost nevoit să recurg la desofronizare, pentru evitarea oricărui accident, după care am reluat postsofronic dialogul, dezvăluindu-i scena petrecută şi lăsînd-o să enucleeze singură conflictul : „criza de prestigiu şi consideraţie faţă de model“ (sora mai mare, independentă şi realizată).

— Doina B. 37 de ani, pensionară, Dg. Dezvoltarea nevrotică anxios fobică, F.O. = 2202/1975. 7 clase, dactilografă, căsătorită, doi copii, armonie canjugală. Se internează de urgenţă pentru agitaţie psihomotorie majoră de alură psihotică, subtinsă anxios în manieră fobică, consecutivă unui epistaxis. Cîteva internări anterioare, în alte servicii psihiatrice, cu acelaşi tablou, pentru care se pensionează. Fond depresiv, inactiv, meditativ, anxios, nosofobic, tanatofobic. Persoană retractată, suspicioasă, nesigură. Copil adoptat, subordonat claustrat, nu avea voie să iese din curte să se joace cu alţi copii. În antecedente trei experienţe cu caracter relativ obişnuit, determină stări emoţionale de o intensitate deosebită. La 31 de ani asistă într-o noapte la un asasinat : trezită din somn de un strigăt sfîşietor, vede de la fereastră un om prăbuşit într-o „baltă de sînge“. De atunci nu mai poate dormi, somnul e agitat, trăieşte permanent un sentiment de teamă nemotivat.

1. După cîteva exerciţii de antrenament sofronic, se procedează la „regresie de vîrstă“ şi „întrebări pozitive“ din care aflăm pacienta la cinci ani, în curtea casei, jucîndu-se înconjurată de copii. La cerere ni-i descrie pe fiecare în parte, ca fizionomie, constituţie, comportament. În timpul experienţei, bolnava se comportă adecvat trăirii şi vîrstei date.

2. Într-o a doua etapă, tot în stare sofronică, se sugerează bolnavei legătura dintre „balta de sînge“ şi epistaxisurile sale care proiectează ideea morţii pe propria sa persoană. Se trece în continuare la revivificarea asasinatului în intenţia de a o bagateliza. În cursul dialogului postsofronic se reia ideea implantată sofromne zic şi se accentuează reconstructiv în conştiinţa bolnavei.

CONCLUZII : Sofromnezia, aşa cum ne-am străduit să arătăm, permite psihiatrului să developeze conflicte, să îndepărteze angoase, să trateze nevroze. Sofroterapia, stă la îndemîna medicului de orice specialitate, pentru a înlesni o „abordare existenţială“ a pacientului său, de o mare valoare terapeutică, capabilă să grăbească procesul de vindecare printr-o dedramatizare a patologiei şi proiectarea acestuia într-o dimensiune a conştiinţei sale.

Scopul esenţial al Sofrologiei este însă cercetarea echilibrului personalităţii umane. O mai bună cunoaştere de sine aduce cu timpul o mai bună cunoaştere a celuilalt, o dezvoltare echilibrată a relaţiei interumane.

After a short consideration of Psychoanalisis in the context of nowadays work of research as regarding the human conscience, is going to present „the sphronological school“ of Barcelona works in the same spirit, which, on the line of the vast research and experiences commenced bp professor A. Caycedo, suggests among other principles, some psychotherapy techniqnes of „short duration“.

Towards the end of the work, the author comes with his personal experiments and concludes demonstrating that „sophromnesia“, as psychotherapy method, becomes a constituitional part of the „social dimension“ of the human conscience.

CÎMP SOFRONIC (Schiţa unei ipoteze)

R. Ricman
— *Timişoara*

Experienţa noastră mai veche în hipnoză a făcut simţită nevoia revizuirii acestei tehnici, în sensul depurării ei de cortegiul handicapant al misterului, anxietăţii şi spectacolului de care obişnuit se însoţeşte. Ulterior am luat cunoştinţă de o nouă disciplină iniţiată în 1960, la Barcelona, de Dr. Alfonso CAYCEDO numită de el SOFROLOGIE. Termenul derivă din trei rădăcini greceşti ce semnifică studiul armoniei sufleteşti (Sôs = armonie ; phren = suflet ; logos = studiu).

Sofrologia, ca ştiinţă studiază, fenomenelogic, mijloacele (psihologice, fiziologice, chimice, fizice) capabile să provoace modificări ale conştiinţei umane. Ca filosofie, sofrologia caută echilibrul persoanei umane, posibilitatea eliberării de tensiunile permanente, o mai bună cunoaştere de sine, şi a celuilalt, o viaţă mai echilibrată. Ca terapeutică ea oferă posibilitatea de combatere a angoasei cu modalităţi corective, individualizabile, mulţumită unei relaţii stabilite între medic şi pacient „alianţa sofronică“, capabilă să creeze — aşa cum spune Caycedo — „suprema expresie a artei, armonia“.

Prin tehnicile sale, sofroterapia încearcă să developeze invers procesul patologic ce a pus persoana în situaţii de stress. Starea sofronică, astfel obţinută, se caracterizează printr-o îngustare a cîmpului de conştiinţă, o reducere a amplorii şi o creştere a tonusului acestuia, permiţînd în acelaşi timp activarea unor organe, glande sau sisteme indemne (prin focalizarea propriei trăiri corporale) într-o acțiune selectivă sau de cele mai multe ori sinergică asediantă a zonei trăite patologic.

Exercițiul, antrenamentul sistematic, creează un reflex de autorelaxare ce permite subiectului reducerea tensiunilor patologice și menținerea unui tonus muscular favorabil unor tehnici sofronice sau psihoterapeutice mai elaborate.

Noi folosim metoda sofroterapeutică în tratamentul stărilor nevrotice hipoergice, cenestopate, anxioase, obsesiv-fobice (ocazie cu care asociem terapia comportamentală), dar și în tulburările de circulație cerebrală cu efect imediat exprimat, prin reducerea pînă la îndepărtarea cefaleei și o evidentă stare de bine.

Așa cum am amintit, metoda poate fi asociată cu oricare procedeu psihoterapeutic și farmaceutic. Bine stăpînită și adaptată, sofroterapia este aplicată în toate domeniile practicii medicale, de la stomatologie pînă la traumatologie. Sofro-pedagogia merge mai departe, vizînd prevenirea bolilor și dezvoltarea armonioasă a personalității, permițînd sofrologiei în medicină să devină din zi în zi mai mult preventivă decît curativă.

Teoria cîmpurilor a lui Kurt Lewin este sistemul cel mai original și cel mai general dezvoltat pe baza ideilor psihologiei formei. Conceptul de „CÎMP" definit ca „totalitate a faptelor coexistente concepute ca mutual interdependente" este împrumutat din fizică (cîmp electromagnetic). Noțiunea de „cîmp psihologic" nu are însă comun cu cea de cîmp fizic fundamentul epistemologic.

Teoria lui Kurt Lewin se sprijină pe trei principii :

a) *Comportamentul.* (funcție a cîmpului existent în momentul în care se produce).

b) *Analiza.* Începe prin situația în ansamblul ei, de la care plecînd se diferențiază părțile.

c) *Persoana concretă.* (Care într-o situație concretă, poate fi reprezentată cu ajutorul ramurei matematicilor cunoscută sub numele de topologie).

În cele ce urmează vom încerca să modelăm structura grupului sofroterapeutic după conceptul de „cîmp psihologic" al lui Kurt Lewin.

Aceasta poate fi reprezentată grafic. În interiorul unei elipse desenăm un cerc fără să fie tangent cu aceasta în nici un punct. (Fig. 1)

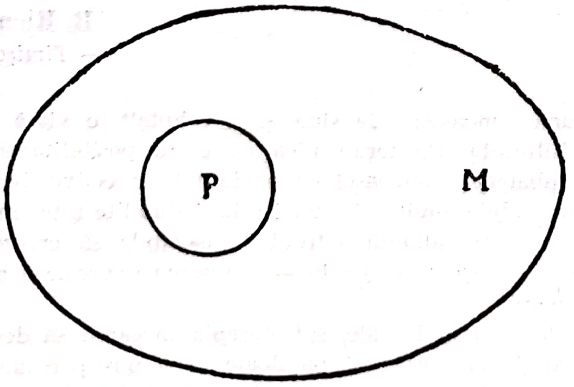


Fig. 1. Reprezentarea generală a spațiului sofronic, psihoterapeutului și mediului sofronic după schema topologică a lui Kurt Lewin.

a) Spațiul sofronic (S) ocupă interiorul elipsei. El cuprinde grupul sofroterapeutic compus din psihoterapeut (P) și mediul său sofronic (M). (S = P + M).

b) Psihoterapeutul (P) (sofroterapeutul) este cel situat în cerc.

c) Mediul sofronic (M) (mulțimea) ocupă restul elipsei.

Spațiul sofronic : Acesta include totalitatea faptelor posibile capabile să determine starea, comportamentul sofronic, adică „faptele sofronice". Lumea exterioară încetează la limita spațiului sofronic tot așa cum Mediul sofronic încetează la limita Psihoterapeutului (sofroterapeutului). În același timp însă cele două frontiere sînt permeabile. Psihoterapeutul influențează mediul sofronic (M = F(P)) și reciproc, mediul sofronic poate influența Psihoterapeutul (P = F(M)).

Evenimentele din afara spațiului sofronic (învelișul străin) pot și ele modifica starea sofronică din interiorul acestuia. Nu vom insista însă în această privință.

Mediul sofronic. Mulțimea ce înconjoară Psihoterapeutul nu este omogenă, astfel că ea poate fi diferențiată în regiuni /p/, (pacienți, subiecți). Fig. 2)

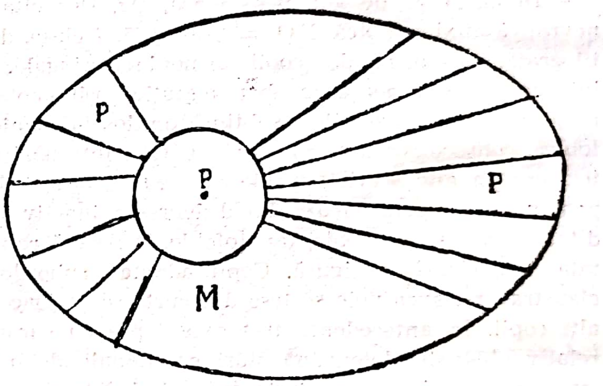


Fig. 2. Diferențierea mediului sofronic în regiuni /p/ (pacienți, subiecți)

Analiza structurală necesită cunoașterea la un moment dat a stării de diferențiere dintre Psihoterapeut și Mediul sofronic dar și dintre diferitele regiuni /p/ ale acestuia.

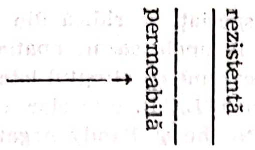
Psihoterapeutul. Personalitatea psihoterapeutului determină și nuanțează totdeauna atitudinea sa asupra pacientului. Ea imprimă stilul său de exercițiu terapeutic. Pînă în prezent datele sînt insuficiente pentru a aprecia la ce fel de personalitate a Psihoterapeutului corespunde o tehnică. El adoptă însă o atitudine și încearcă să-l determine pe pacient s-o accepte.

Frontierele ce separă diferitele zone sînt fluide. Ansamblul a tot ce este conținut în spațiul sofronic constituie un sistem de regiuni interconectate. Spunem că două regiuni sînt interconectate atunci cînd un fapt dintr-o regiune ente în relație cu un fapt din altă regiune. Legăturile dintre regiuni pot fi influiențate în trei feluri :

a) Prin distanță. Legătura dintre două regiuni este cu atît mai posibilă cu cît sînt mai apropiate.

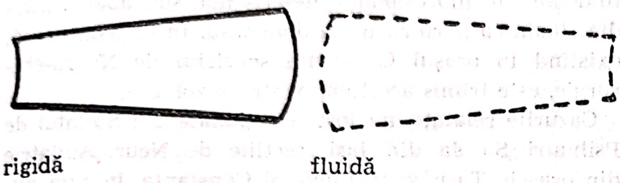
b) Prin rezistența frontierelor ce separă două regiuni. Această rezistență nu este de fapt totdeauna aceeași în cele două sensuri. O frontieră poate fi astfel rezistentă dintr-un sens, dar permeabilă din celălalt. (Fig. 3)

Fig. 3. Frontiera



c) Prin fluiditatea sau rigiditatea regiunilor intermediare sau adiacente, Lewin connideră că fiecare regiune poate fi caracterizată prin fluiditatea sau rigiditatea substanţei (personalitatea pacientului, subectiului) ce o constituie. Dacă substanţa e fluidă, ea este permeabilă faptului sofronic, adică e rigidă se comportă contrariu (adică rezistent). (Fig. 4)

Fig. 4. Substanţa



Cu ajutorul acestor diferite convenţii grafice putem reprezenta starea la un moment dat a unui pacient, subiect (p).

Noţiunea de locomoţie şi de comunicaţie. Lewin numeşte *locomoţie* fenomenul datorită căruia subiectul trece dintr-o regiune a mediului sofronic în alta. Ea nu presupune neapărat mişcare, o deplasare fizică; e vorba de o locomoţie psihică. Care este strîns legată de posibilitatea de interacţiune dintre două regiuni. Tot aşa putem folosi termenul lui Lewin de *comunicaţie* pentru a numi legătura dintre regiunile din interiorul spaţiului sofronic. Locomoţia şi comunicaţia dintre regiuni (adică dintre fapte) constituie *evenimente,* definite de Lewin ca, interacţiuni ale faptelor. (Un fapt singur nu poate constitui un eveniment, e necesar pentru aceasta ca cel puţin două fapte să fie prezente).

Proprietăţile dinamice ale spaţiului sofronic. Elementul motor numit de Lewin *trebuinţă* poate fi o stare psihologică, o dorinţă sau o intenţie.

Apariţia unei trebuinţe (dorinţa de vindecare) la nivelul regiunilor /p/ (pacient) provoacă o diferenţă de *tensiune* faţă de Psihoterapeut /P/. O proprietate fundamentală a sistemelor tensionale este tendinţa tensiunilor diferitelor regiuni de a se echilibra.

Egalizarea tensiunii este un *proces.* Scurgerea tensiunii depinde însă de permeabilitatea frontierelor dintre pacient /p/ („regiune") şi Psihoterapeut /P/. Tensiunea este cu atît mai crescută cu cît încrederea pacientului în Psihoterapeut este maimare.

Scurgerea tensiunii este de asemenea favorizată de dorinţa pacientului de identificarea cu Psihoterapeutul. (P ⇆ p).

Structura spaţiului sofronic.

Încrederea, identificarea, modelul au caracter de *valenţă,* adică de valoare. Valenţa este consecinţa direcţiei şi intensităţii unei forţe. Această forţă este numită de Kurt Lewin vector. Noi o vom numi *TRANSFER,* în sens de *proces de interacţiune între două sisteme* P ⇆ p. Transferul *determină* astfel *starea sofronică,* iar aceasta la rîndul ei, structurarea spaţiului sofronic, adică a grupului sofroterapeutic în „CÎMP SOFRONIC".

An experiment of several years dealing with suggestion psychotherapies gives the opportunity to the author to consider that the mechanism which supports them is based on a phenomenon of „field". Within his work, he tries a modelation of „the sophronic fact" according to „the theory of fields" belonging to K. Lewin. The psychotherapy group, during the sophronic exercise, undergoes a complex process of systemic interaction which determines the sophronic condition, and this condition determines, in its turn, the structuring of „the sophronic spaceț, that is to say, the structuring of a group within „the sophronic field".

TULBURĂ RI PSIHICE GRAVE LA TRAUMATIZAŢI CRANIENI DE MICĂ IMPORTANŢĂ, CU SFÎRŞIT LETAL PRIN HEMATOM SUBDURAL

Casandra Lupescu
— *Constanţa*

Ca urmare a unei comunicări, redată sumar cu ocazia aniversării a 50 ani de la inaugurarea spitalului de Psihiatrie „Socola", din Iaşi, îmi permit să relau în discuţie cazurile cu o expunere mai amplă şi cu un caz în plus, survenit în anii de mai tîrziu.

Este vorba de traumatismele craniene de mică importanţă, fără leziuni tegumentare sau osoase, la subiecţi, în general în plină putere de muncă, din care 2 cazuri 50 şi 52 ani iar restul 20—40 ani, internate în serviciile de Psihiatrie în stare psihică gravă, lipsiţi de posibilitatea de a da vre-o relaţie. De pe la aparţinătorii care au adus bolnavii, sau care s-au prezentat ulterior, în 4 din cazuri am izbutit să aflăm doar date neprecise cu privire la traumatism. Aceştia au relatat că bolnavul s-ar fi plîns că a suferit o lovitură la cap dar nu pot preciza în timp. Va fi 10 sau 12, poate 14 zile înainte de a fi survenit tulburările psihice, care au motivat internarea. De asemeni nu pot preciza natura traumatismului. Acesta a fost un amănunt neglijabil considerat atît de bolnav, care şi-a continuat activitatea, cît şi de familie. Astfel de relatări cu privire la traumatism, am obţinut la toate cazurile, chiar dacă unii au acuzat şi trecătoare dureri de cap.

Cu privire la timpul scurs de la data accidentului la izbucnirea tulburărilor psihice, aflăm mai precis la un număr de 5 din cazuri, familia relatînd: 7, 10, 14, 15 zile şi numai 2 zile la bolnavul în vîrstă de 52 ani. La aceste cazuri în privinţa naturei traumatismului primim informaţiile: lovituri cu palma peste cap de la un individ, cădere într-o groapă, cădere de pe un scaun scund, lovitură de marginea unei băi. La unul dintre aceste cazuri, relatarea este amplă. Ostaş sub arme, la unitate acuză dureri mari abdominale, simulînd apendicita acută. Medicul unităţii îl trimite către secţia Z. I. chirurgie a spitalului din Târnăveni, fără a se găsi motive de intervenţie. Peste cîteva ore se instalează la bolnav alarmante fenomene psihice. Transferat la serviciul de Psihiatrie de la acelaşi spital, după tabloul psihic prezentat, se anunţă persoanele în drept de a se interesa de starea bolnavului, despre gravitatea cazului, despre evoluţia posibilă, precum şi bănuiala asupra cauzei suferinţei. A doua zi bolnavul sucombă şi necropsia confirmă diagnosticul clinic.

Familia prezentată după deces ne relatează următoarele: a beneficiat de 7 zile permis. În gară a alergat pe lîngă trenul supra aglomerat şi a căzut pe peron. S-a ridicat imediat şi s-a urcat în tren. În familie şi-a petrecut normal zilele de permis. A acuzat cu totul trecător, neînsemnate dureri de cap. Prezentat la unitate s-a comportat normal pînă la a paisprezecea zi de la căderea pe peronul gării. Atunci au survenit durerile abdominale, urmate imediat de tulburări psihice.

Este singurul caz dintre acestea, care intră în suferinţă prin simptome somatice. La restul cazurilor fenomenele psihice au apărut brusc, în plină sănătate aparentă.

Tabloul prezentat de bolnavi la internare şi pînă la deces, este impresionant. Balnavii sînt confuzi. Se zbat, gata să se prăbuşească din pat. Faciesul cianozat, hipersudoraţie a întregului corp, privire anxioasă, neliniştită. Bolnavii sînt chinuiţi de halucinaţii vizuale abundente. După un timp de zbateri, par epuizaţi. Capul cade greu pe pernă, închid ochii. Dar după 1—2 minute tresar speriaţi se ridică din pat şi zvîrcolirea reîncepe. Doar la unele cazuri apatia se instalează cu ceva ore mai devreme de sfîrşitul letal.

La 8 din cazuri, L.C.R. este clar, cu reacţiile citologice normale, Nonne şi Pandy negative. La două din cazuri uşoară hipertensiune a lichidului scos prin puncţie lombară.

Aceste 8 cazuri sucombă de la cîteva ore la 3 zile de la internarea în serviciul de Psihiatrie. Necropsia relevă la toate cazurile hematom subdural, care acoperă suprafaţa convexităţii creierului. Lipsă de leziuni decelabile a organelor toraco-abdominale, care să fi avut vre-o implicaţie în producerea morbidităţii sau a decesului.

Cazul 9 a fost adus în timpul nopţii la gardă, prezentînd tabloul impresionant, descris mai sus, apărut imediat înaintea pornirii de la domiciliu. În această epocă, existînd în oraşul Constanţa serviciul de Neuro-chirurgie, este trimis acestuia, pentru rezolvare.

Cazurile relatate, au fost selecţionate din Spitalul de Psihiatri Socola din Iaşi, secţiile de Neuropsihiatrie din oraşele Târnăveni, Lugoj şi Constanţa, într-un număr important de ani de activitate psihiatrică, în majoritate cu mare rulaj. Cazurile mai numeroase sînt întîmplate în epoca de frămîntare socială mai deosebită, după care un singur caz în anul 1975.

Se pare că astfel de neînsemnate traumatisme craniene, cu posibilităţi de activitate un scurt timp, după care urmează sfîrşitul letal, au impresionat oamenii timpurilor. Astfel, cronicile păstrează în amintire întîmplarea regelui Franţei, Carol al VIII, care a domnit pe la sfîrşitul secolului XV. Acesta s-a lovit cu capul de pragul de sus de la o uşă. Şi-a continuat activitatea, dar după un scurt timp, brusc a căzut şi a decedat.

Astfel de cazuri, deşi rar întîlnite prin serviciile de psihiatrie, am socotit de oarecare importanţă de a le aduce la cunoştinţă.

ASPECTE ALE ASISTENŢEI COPIILOR PSIHICI DEVENIŢI MAJORI

P. Mihăiescu
— Galaţi

Progresele terapeutice ale ultimelor decenii, introducerea neurolepticelor (Dêpot) considerată a treia revoluţie, au condus la restructurări profunde conceptuale ale organizării asistenţei psihiatrice.

Adaptarea „concepţiei" uşilor deschise reconsiderate ca aspect al „uşilor turnate" sînt concomitente cu diversificarea profilării unităţilor psihiatrice, cu tendinţă la reducerea numărului paturilor de spital prin valorizarea formelor semiambulatorii şi extinderea asistenţei din ambulator (Kolb-Redlich şi colab).

Modificarea structurii nozografice care se adresează psihiatrului, în forţarea tulburărilor psihice de limită cu normalitatea şi a stărilor defective de intensitate nevrotică sau psihotatică, determină majoritatea pacienţilor să solicite asistenţă din proprie iniţiativă.

În aceste condiţii aspectul plasamentului „în serv. închis" (HEy) cu o supraveghere strictă şi posibilitatea unei terapeutici complecte prezintă particularităţi în deosebi pentru asistarea bolnavilor psihici cu evoluţie prelungită, care au comis delicte majore şi necesită aplicarea măsurilor de siguranţă.

Problema se complică, datorită unor tendinţe moderne de amplasare a secţiilor de psihiatrie în spitale cu multiple specialităţi.

— Modificarea concepţiilor în practica expertizei medico-legale psihiatrice, care se pronunţă pentru acordarea neresponsabilităţii la persoane cu „tulburări în sfera emoţională şi voluţională" de exemplu psihopaţilor cu diferite forme de patologie sexuală — punct de vedere enunţat de Wenzloff în Psyhiatrie der Gegeuvort (citat de Sternberg).

Nr. crt.	Iniţiale	Sex	Măsuri de siguranţă Bolnavi int. cu art. 114 c.p.				Durata spit. în reţea	Diagn. bolii	Probleme partic. ridicate în timpul spit.	Probleme ridicate la tentativele de ext.	Obs.
			Anul naşt.	Prima intern.	Data instit.	Motivul					
1.	C.I.	B	1920	1972 Socola— Malarie	1959	Ultraj cu violenţă şi procesomanie	1973—1974 1974—1978	Lues cerebral. Sindrom paranoid	Reclamaţii la diferite instanţe pentru ext. şi declanşarea unor anchete împotriva corpului medical	Reluarea procesomaniei şi fortuirea reintern.	Actual. ext. la domiciliu din reţeaua Galaţi
2.	B.C.	B	1947	1968 Psih. Galaţi	1973	Crimă	1978—1979	Schizofrenie paranoidă	Repetate tentative de suicid prin plonjare şi combustie în spital — 1 crimă în spit. — 1 tentativă de crimă	— Crima iniţială a fost efect. între 2 spitalizări — Tentative repetate de sinucidere prin plonj. la domiciliu	Spit. Poiana Mare
3.	T.P.	B	1898	1966 Psih. Galaţi	1978	Crimă	1967—1973 1973—1975	Psihoză paranoidă de invol. cu temă de gelozie	Nici o problemă	Tentativă de crimă	Spit. dr. Petru Groza
4.	P.O.	B	1948	1966 Psih. Galaţi	1967	Ultraj cu violenţă	16 intern. între 8 şi 30 zile	Epilepsie cu tulb. psihice	Evadări repetate. Agresivitate manifestă	Acte de ultraj şi violenţă	Ext. la domiciliu din Spit. Poiana Mare
5.	P.L.	B	1961	1978 Psih. Galaţi	1975	Pruncucidere	1978—1980	Psihoză post partum la o personalitate hipofrenă	Tentative de evadare în psihoza floridă, apoi nu a prezentat dificultăţi în spit.	Nu a prezentat	Domiciliu
6.	P.N.	F	1928	1978	1971	Crimă	1971—1975	Debilitate mintală. Tulb. psihice de tip psihopatoid. (Homosexualitate)	Turbulenţă în spital	Nu a fost externat	Spit. Dr. Petru Groza

PREZENTAREA DATELOR

În cele ce urmează vom face expunerea unui număr de pacienţi cu tulburări psihice de intensitate psihotică cu internare obligatorie în secţia de psihiatrie Galaţi şi ulterior în spitale de profil (Spitalul Poiana Mare sau Spit. Dr. Petru Groza), deoarece au comis delicte grave.

DISCUŢII

Prezenta lucrare este suscitată de recomandările de a spitaliza această categorie de bolnavi în reţeaua psihiatrică judeţeană.

Deşi cazurile prezentate nu sînt prea numeroase, obligă la discuţii prin amplitudinea problematicii ridicate, care comportă particularităţi, referitoare la : 1. Plasamentul instituţional, 2. Alternative de concepţie terapeutică. 3. Durata spitalizării.

1. Plasamentul bolnavilor în reţeaua psihiatrică judeţeană, aplicarea internării medicale ca măsură de siguranţă, e posibil în unul din următoarele tipuri de unităţi, existente în judeţ : — spital pentru bolnavi cronicizaţi, în stadii terminale sau cămin-spital (în reţeaua Ministerului Muncii) — la noi — spitalul Găneşti : — spital pentru bolnavii cu evoluţie prelungită, cu profil recuperator ergoterapic — în judeţul Galaţi — spitalul Vîrlezi ; — secţii de acuţi care funcţionează în cadrul unui spital cu profiluri medicale multiple.

În raport cu apartenenţa nosologică şi stadiul evolutiv, al bolnavului psihic delicvent motivaţie patologică, situaţia se prezintă astfel :

a) Psihoticii cronici-delicvenţi majori. Un lot important este furnizat de sindroamele paranoide.

Este ilustrativ cazul B. C., cu Schizofrenie paranoidă — prezentînd delir nesistematizat, halucinator cu tematică de persecuţie, puţin influenţat de cura neuroleptică, chiar la administrarea prelungită megadoze (sordinol + majeptil, heloperidol, etc.). Datele dosarului medical arată 6 tentative de sinucidere şi 2 crime. Expertizat la Institutul Medico-Legal Bucureşti, pentru prima crimă, a fost transferat reţelei psihiatrice judeţeană : iniţial la nivelul secţiei de acuţi, apoi într-o unitate de bolnavi cu evoluţie prelungită unde a prezentat comportament homicidar ; retransferat în secţie, comite o tentativă de sinucidere (prin combustie) şi o tentativă de crimă (prin strangulare), după care este internat în spitalul Poiana Mare.

În baza conduitelor sale distructive — auto şi heteroagresive — se află o motivaţie patologică, consecutiv căreia, ideia delirantă că este urmărit pentru a fi exterminat, şi-a elaborat un „set" de comportamente autolitice şi homicide, a căror declanşare este ocazionată de diverşi factori : consum de băuturi alcoolice, ca în cazul primului act homicidar, intuiţii şi idei delirante de persecuţie, la tentativele de sinucidere şi a doua crimă.

Ne întrebăm cît este de adecvată asistarea unor asemenea bolnavi, într-o secţie-pavilion dintr-un spital cu profiluri multiple, care asigură asistenţă pentru psihotici şi nevrotici.

Faţă de posibilitatea terapeutică (a unor ameliorări pasagere) este venită menţinerea în aceiaşi incintă a schizofrenului ce posedă stereotip comportamental distructiv ,alături de bolnavul confuz şi de nevrotic ? În asemenea condiţii exigenţele de securitate impun supraveghere în continuă alertă şi impietează semnificativ „sistemul uşilor deschise" făcînd secţia improprie cerinţelor actuale de asistenţă psihiatrică.

b) Starea psihopatoidă cu delicvenţă majoră.

Ne vom referi la cazul P. O. — Dg. Epilepsie cu tulburări psihice de tip psihopatoid, cu repetate acte de violenţă minore, după care era spitalizat în secţie. Măsura internării obligatorie (114 c. p.) a fost aplicată după agresionarea gravă a 11 persoane. Remarcăm că o spitalizare de 2 ani, în spitalul Poiana Mare, a condus la diminuarea comportamentului violant. În ultimii 3 ani, pacientul a mai necesitat 2 internări scurte, la solicitare personală, pentru că situaţia sa „ar fi ajuns în stare de a nu se mai stăpîni". Considerăm că măsura internării într-o unitate supravegheată a avut un rol inhibitor asupra comportamentelor agresive.

c) Stările psihopatoide şi psihopatiile : pentru exoneraţii de răspundere penală sau al acordării circumstanţelor antenuante, considerăm că asistarea lor fortuită în secţiile habituale de psihiatrie are un caracter dezorganizator şi este ineficientă. Pentru aceste cazuri ne alăturăm propunerilor unor autori (Dr. Dragomirescu V., Prof. Brânzei) care preconizează asistarea lor în spitale separate, sub jurisdicţia M.A.I. (Prof. Brânzei).

2. Alternative de concepţie terapeutică

Bolnavii psihotici cu comportament distructiv, beneficiază de gama terapeuticilor psihiatrice (biologice-neuroleptice, terapii de şoc, socioterapie). Trebuie să recunoaştem, că pentru unele cazuri — este adevărat foarte rare — eficienţa lor este limitată. Faţă de alternativa administrării îndelungate a megadozelor (cazul B. C.), a repetării terapiilor de şoc, necesitatea contenţionării bolnavului — credem că pentru asemenea cazuri (rare întradevăr !) este necesară reconsiderarea psihochirurgiei. Deşi apreciată ca „mutilantă" poate că o intervenţie chirurgicală este preferabilă stressurilor terapeutice şi a riscului de recidivă a comportamentului agresiv.

3. Durata spitalizării : Pentru cazul P. L. cu psihoză postpartum, prelungită, aprecierea instalării remisiei şi oportunităţii externării nu a prezentat dificultăţi, în alte cazuri, durata spitalizării constituie o problemă tulburătoare prin incertitudinile care o acompaniază. Ne referim la deliranţii cronici, cu capacitate disimulativă extinsă la o lungă perioadă de timp. Pacinetul nostru T. P., internat într-un spital de cronici timp de 7 ani, a avut o conduită corectă, liniştită şi a considerat crima drept un „acces de furie", refuzînd să discute subiectul în amănunt. Disfuncţii prelungite cu bolnavul se evidenţiază simptomatologia delirantă.

După externarea provizorie din 1973, în primele 2 zile a trebuit respitalizat deoarece a comis o nouă tentativă de crimă. În prezent este asistat la spitalul Dr. Petru Groza.

CONCLUZII : 1. Psihoticii cu comportament delictual major, necesită spitalizare în unităţi special profilate, cu posibilităţi de tratament şi securizare separat de psihopaţi.

2. Pentru cazurile de reiterare a comportamentului distructiv la care terapiile psihiatrice uzuale conduc la

ameliorări tranzitorii, opinăm a lua în discuţie reconsiderarea psihochirurgiei.

3. Reţeaua psihiatrică judeţeană, poate asista unele cazuri în care gradul de remisie obţinut, conduce la inhibarea comportamentului distructiv.

The author presents a number of six psychic patients who have comitted major offences and have been hospitalised in the Galaţi county psychiatric network for periods between two and seven years.

The discution about the cases refers to the institutional emplacement and the specification of the long term criteria of hospitalisation.

The author proposes the reconsideration of the psychosurgical therapy for the repetable distructive behaviour, the emplacement of the pspchotic offenders in special establishments and the separate assistance of the psychopatoid states and of the exonerated psychopats.

CONSIDERAŢII DE PERSPECTIVĂ ASUPRA UNOR CRITERII ALE ASISTENŢEI PSIHIATRICE

T. Pirozynski, Gh. Scripcaru, Miarka Pirozynski, V. Hrimiuc
— Iaşi

Progresul şi mutaţiile survenite în conţinutul unor discipline medicale implică în mod firesc şi criteriile lor de asistenţă făcînd astfel necesare consideraţiile de perspectivă şi ale psihiatriei, în contextul procesului actual de problematizare ştiinţifică. Avansul realizat în structura unor concepte clasice din ştiinţă evidenţiază implicaţia teoretică şi metodologică a unor dezvoltări noi cum sînt cibernetica, teoria sistemelor, teoria informaţiei şi logica ştiinţei.

Cadrul lor conceptual neclasic a deschis perspectiva unor noi ipoteze şi opţiuni teoretice. Astfel dacă ne referim la fizică, teoria relativităţii şi mecanica cuantică au transformat profund reprezentările asupra spaţiului, timpului şi cauzalităţii, instituind un nou concept asupra realităţii fizice, după cum ideea complementarităţii a difuzat în toate domenii le cunoaşterii. Ca o consecinţă, transferurile de concept şi particularităţile de obiect ale cercetării ştiinţifice dezvoltă în prezent un model structural nou, interdisciplinaritatea, ca fuziune teoretică şi metodologică a unor arii de cunoaştere pînă acum bine demarcate prin linia lor separată de perfectare şi progres.

Caracterul modal nou conferă ştiinţei o deschidere expansivă privind fenomenele observaţiei şi cercetării şi în acelaşi timp o dimensiune reflexivă asupra realităţii cercetate susceptibilă să revizuiască ipotezele şi opţiunile anterioare. În fiecare domeniu al cercetării şi acţiunii umane se disting tendinţe simultane de penetranţă analitică prin specializarea unor aspecte limitate din obiectul general al cunoaşterii, supuse în mod corespondent unor tehnici şi metodologii din ce în ce mai strict specializate, alături de cuprinzătoarea şi operanta generalizare prin metodele teoretice ale axiomatizării, modelării şi formalizării.

În demersul său de conceptualizare şi de perfectare instrumentală, enunţul ştiinţific devine explicit printr-un limbaj din ce în ce mai abstract prin specializarea şi simbolizare. Asistăm în esenţă la o diversificare a conţinutului ştiinţific, ca şi al fiecărei discipline în parte şi o unificare sistemică de concept, care devine nereductibilă la structuri componente.

Psihiatria, într-o evoluţie particulară faţă de alte specialităţi ale medicinei, îşi fundamentează statutul de existenţă prin obiectul său de cercetare şi acţiune într-o funcţie eminamente medicală. Boala mentală, ca obiect de cercetare şi acţiune, oricare ar fi definiţia şi conţinutul ce i se acordă, este o incontestabilă realitate existenţială, în care doar criteriile de validare ale acesteia au comportat mutaţii şi în mod corespondent atitudini explicative.

În etapa cînd alienaţia s-a identificat cu boala mentală observaţia, raţionamentul analitic şi probaţiunea experimentală au instrumentat funcţia medicală prin care s-au elaborat apoi criteriile generale explicative, sistematice, de intercondiţionare complexă, ierarhizată şi probabilistică.

Fiecare din disciplinele medicale este în prezent un sistem integrat de cunoştinţe, sistem deschis către interdisciplinaritate, către profunzimea şi expansiunea informaţiilor prin care se elaborează şi reflexiunea asupra propriilor concepte teoretice şi metodologice.

În acest sens ne apare firesc a sublinia trăsătura la fel de distinctă şi pentru psihiatrie contemporană, de disciplină medicală integrativă, condiţie care evidenţiază modul specific explicativ de utilizare al informaţiilor structurale ale medicinei moleculare şi genetice, de structură şi funcţie neuro-endocrino-metabolică, alături de structura şi funcţia tuturor sistemelor organismului uman în acţiunea şi reacţiunea lor la factori sanogeni şi patogeni.

Prin această trăsătură de conţinut a psihiatriei se fundamentează caracterul medical al cercetării şi intervenţiei specifice, de specialitate distinctă prin referinţă la aria fenomenelor care-i constituie obiectul.

Totodată apar evidente categoriile de funcţionare în direcţiile specifice medicale care devin distincte prin latura de cercetare a patologiei mentale sub forma psihopatologiei generale, a etiopatogeniei, a nosologiei şi psihopatologiei sociale, a terapiei, prevenţiei şi recuperării.

Fără a mai fi un sistem descriptiv, abstract şi formal asupra unui obiect vag definibil, psihiatria deţine un caracter de concretă referinţă asupra persoanei şi personalităţii, asupra comportamentului de relaţie interumană cît şi a interacţiunii acesteia cu sistemul ambiental. Conţinutul integrativ al psihiatriei ca şi a cercetării și acțiunii sale asupra condiției subiectve și a afirmării proective a sistemului psihic, ca formă particulară la comunicație informațională cu valoare reglatorie dintre individual, sine și ambianță.

Ca patologie a comportamentului uman mediat și reglat prin condiții perturbate de selectare și orientare a schimbului informațional, psihiatria sau patologia comunicării interumane este o disciplină antropologică.

Conceptul antropologic este însă prea general, de conținut divers și multiple sensuri, iar accepțiunea lui nu poate fi decît selectivă și critică.

Caracterul medical integrativ al psihiatriei nu epuizează explicativ și operațional aria fenomenelor cercetate și nici motivația și expresivitatea obiectivă a comportamentului relațional.

Sensul antropologic al psihiatriei este o permanență dinamică și unitară, individuală și relațională, ontologică și istorică, o referință conceptuală și operațională la realitatea existenței umane.

Conceptul antropologic servește la înțelegerea multidimensională a unei aceleași realități existente și anume bolnavul mental, asistența sa destinul lui uman. În acest sens psihiatria nu poate fi decît antropologică, fără a fi numai aceasta. Antropologia însăși nu poate oferi psihiatriei decît un cadru general de informații, difuzat în direcțiile sale de expansiune, la fel cum o poate face pentru sociologie, economie, cultură sau lingvistică. Antropologia oferă modelul eului fenomenologic realizat de istorie și cultură ca realitate intrinsecă a persoanei și a ambianței prin care se constituie un tip distinct de comunicare.

Conceptul antropologic pe care-l integrează în unitatea sa, psihiatria este produsul istoric al existenței sociale, al naturii creiate de semnificații și valori axiologice structurate în motivații subiective, cu forță de direcționare a atitudinilor și acțiunilor umane. Cercetarea fenomenologică a psihopatologiei prin omisiunea acestui concept este lipsită de dimensiunea umană a unui registru semiologic și nu poate capacita criteriul nosologic de semnificația patoplastică a comportamentului relațional și a bolii mentale. Psihiatria rămîne singura disciplină medicală care întrunește în teoria și operanta sa categoriile biologice și socio-culturale ale antropologiei, ca realitate distinctă a ființei umane și ca atare expresivă pentru cercetarea fenomenului psihopatologic și a bolnavului mental.

Enumerarea doar a convertirii conceptului antropologic în asistența medicală psihiatrică sugeră multiple teme de referință de la analiza comparată semiologică, a psihoterapiei și pînă la analiza comparată a stării de morbiditate a populațiilor.

În același sens analiza intrinsecă a personalității în ierarhizarea sa optitudinală și atitudinală, comportamentul psiho-reactiv prin expresia gestuală, vorbită sau psihosomatizată, la fel ca și ambianța de semnificație axiologică sînt referințe antropologice care se corelează cu analiza funcționată medicală a sistemelor biologice.

Demersul psihiatriei contemporane este marcat de clasificarea mutațiilor dintre sisteme structural ierarhizate în interacțiunea dintre organism, persoană și societate. Deseori pentru a pleda rolul sau valoarea socialului în psihiatrie, prin aparența lor evidentă, pare o inutilitate și totuși psihologia ca și sociologia în analiza lor epistemologică tind către o clarificantă precizare de obiect și reciprocă relaițe.

Atestarea socialului în aria teoretică și operațională a psihiatriei se afirmă ca direcție de cercetare în sens aprobator sau contestatar în condițiile mutațiilor caracteristice civilizației noastre contemporane.

Opțiunea pentru înțelegerea semnificației unitare a socialului ,în diversitatea aspectelor relaționale servește unui concept integrativ al psihiatriei pentru a cărui dialectică pledăm.

Socialul este categoric supraordonată individualului și a pluralității sale. El are o dimensiune și o continuitate asigurată nu numai de succesiune și istoric, dar și de o realitate existentă în interacțiunea dintre structura și suprastructura sa. Ca atare sensurile sale de referință pot fi generale sau la particularitatea unor aspecte. Astfel, semnificația sa poate cuprinde formațiile sociale și dinamica lor, instituțiile sociale din diferite grupuri și colectivități ale populației, tipuri de colectivități și grupuri umane, procese de stabilitate, mobilitate sau devianță socială. Sociologia a dezvoltat pentru aceste semnificații teoria structurilor și teoria transformărilor sociale, fiecare din ele dispunînd de un cadru național, ipoteze de cercetare și scheme de explicații.

Fiecare din aspectele socialului reprezintă sisteme care se interacționează, se integrează, au structura și instrumentele lor de acțiune.

Dinamica și mobilitatea acestor fenomene se realizează prin caracterul dialectic al fiecărei structuri, în care se plasează persoana ca sistem relațional deschis, autoreglabil, organizat prin consistența informațională, pînă la cel mai înalt grad de libertate în sensul emergenței și sistemului.

Persoana, în sensul personalității ei ca sistem integrativ, sau ca sistem operațional integrativ, este concret determinată și specific individualizată prin asimilare de modele conceptuale și axiologice elaborate social istoric.

Astfel socialul supraordonat persoanei în analiza sistemică constituie o unitate dialectică dintre societate ca structură dinamică și statute și asimilarea subiectivă a unor structuri socio-culturale în ontologia personalității.

Caracterul explicit al acestei semnalări subliniază semnificația socialului, nu numai ca factor ambietal, dar și ca o condiție internă a autoelaborării sistemului psihic în emergența sa individuală.

Psihiatria ca disciplină medicală integrativă și antropologică operează specific, prin competența sa, asupra unui model destructurat al sistemului psihic și deține un rol activ în demersul pentru sanogeneza populației.

Psihiatria socială, ca expresie a unei competențe de problematică, după o definiție bine cunoscută, cuprinde mijloacele de prevenire și tratament capabil să asigure individului bunăstarea sănătății mentale în condițiile existenței sale sociale. Ca ramură nouă a psihiatriei depune efortul de a clarifica importanța factorilor sociali în bolile psihice ca și influența existenței în societate, asupra tulburărilor psihice şi emoţionale, de asemenea cercetează organizarea asistenţei medicale ca şi a relaţiilor dintre medic, instituţiile medicale şi pacient.

In fuziunea interdisciplinară, care nu anulează unitatea fundamentală de concept, psihiatria poate acţiona prioritar prin criteriile sale avînd ca referinţă comportamentul deviat şi aberant al persoanei în relaţiile sale sociale, corelat cu psihoprofilaxia personalităţii şi activitatea de sanogeneză.

Expertiza, asistenţa şi recuperarea psihiatrică instrumentează problematica psihiatriei sociale prin identificarea motivaţiei sociale în sindroamele psihopatologice. Cînd expresia dominantă este constituită de aspectele unei psihopatologii relaţionale cum ar fi dezintegrarea familiei, epidemiologia suicidului, criminologia, criteriile operante prioritare sînt sociologice. Aria de referinţă se identifică cu problematica sociologiei medicinei cu diversele sale aspecte particulare cum ar fi statistica, ecologo-epidemiologia, problemele generale ale sănătăţii, raportul social al funcţionării unor relaţii de grup, cum ar fi terapia în grup social.

Direcţiile cercetării se pot diferenţia mai mult şi aceasta prin competenţa psihiatriei ca disciplină medicală integrativă, antropologică şi socială, acest ultim aspect fiind evident în orientarea către problematica ansamblului, a unor modele existenţiale elaborate social-istoric.

Revenind la analiza conceptului care fundamentează psihiatria în difuziunea sa acţională, regăsim modelul ei structural unitar, de disciplină medicală integrativă, antropologică şi socială. Transferul de concept şi metodă instrumentează această unitate, în atribuţiile bazale, definitorii ale psihiatriei, ca acţiune de cunoaştere şi intervenţie medicală specifică şi competentă asupra expresiei multimodale a fenomenologiei psihopatologice.

Categoriile de : etiologie, semiologie, nosologie, terapie, asistenţă sau profilaxie, operează distinct asupra diversităţii aspectelor, care se înscriu în aria problematică a bolii mentale şi a destinului celor afectaţi de aceasta.

Astfel, psihiatria de perspectivă în mod necesar se dezvoltă prin direcţii de perfectare, a căror nominalizare atestă deseori un conţinut interdisciplinar, specializat, tehnicizat, ca expresie a unei capacităţi deschise şi nesubstituibile.

L.S.M. ÎNCERCARE DE ANALIZĂ INSTITUŢIONALĂ, ECHIPĂ TERAPEUTICĂ ŞI CONTINUITATE

Şt. A. Ionescu
— Buzău

Mi-ar fi plăcut să scriu un eseu despre psihiatria LSM, aş fi făcut-o dacă încercarea n-ar fi fost prematură şi nu ar fi fost subminată de inconveniente de substanţă. Alţii după mine vor putea realiza această încercare dîndu-i şi mai multă amploare decît încercării de faţă. Înainte de a prezenta psihiatria în LSM, ţin să spun că ea nu este o pledoarie pentru o psihiatrie nouă, cu orice preţ, chiar dacă uneori, fără voia mea las această impresie. Pledoaria aceasta a fost rostită pînă acum de nenumărate ori, nu fără a prezenta unele pericole. Într-adevăr, cînd vrem numai să ne convingem adversarul, demonstrîndu-i ceea ce susţinem, este de ajuns să folosim instrumentele obişnuite ale demonstraţiei şi să aducem probe. Cînd însă este vorba de practica psihiatriei în ambulator, care aparţine domeniului acţiunii, mai mult decît a celuia al gîndirii pure şi care conţine o teorie în vederea aplicării, nu ne mulţumim şi nici nu ne putem mulţumi numai să convingem, ci vrem să convertim. Dacă adversarul se încăpăţînează sîntem ispitiţi să mai cedăm, pentru a arăta că avem bunăvoinţă. Dacă psihiatrul tradiţionalist lasă impresia că se apropie de psihiatrul de ambulator, şi acesta din urmă, de asemenea, avansează spre el, făcînd diverse concesii, iar dacă fiecare ar ieşi astfel cu cîţiva paşi în afara liniei adoptate, ei pot spera să se întîlnească în locul unde se află adevărul. După ce întîlnirea a avut loc, novatorul poate crede că psihiatria LSM numără un adept în plus.

Dimpotrivă, eu cred că ea numără unul în minus. Pentru a cîştiga un adept, novatorul a făcut concesii atît de importante, încît uneori, cu sau fără să-şi dea seama, a cedat din lucrurile considerate detalii fără importanţă dar care în fond reprezentau esenţialul activităţii de psihiatrie în LSM şi care nu mai oferă adversarului decît un înveliş fără conţinut. La rîndul său, psihiatrul tradiţionalist împrumută cîteva dintre aceste metode numite, psihiatrie socială, psihiatrie de ambulator sau altcumva, din care însă a dispărut spiritul noii psihiatrii. Astfel, şi este de înţeles — deoarece aceste metode nu-i par foarte diferite de cele pe care le-a folosit mereu —, are impresia că în cele din urmă el n-a avut decît de cîştigat în această problemă că poziţia sa e mult mai puţin ameninţată de psihiatria nouă decît se temea el, şi că în fond această psihiatrie nu aduce nimic care să nu se fi practicat în spital sau policlinică. Şi este firesc să raţioneze astfel întrucît psihiatrul novator în dorinţa sa de a captiva a trecut sub tăcere tocmai ce aduce în sine nou practica de ambulator.

De aceea nu încerc aici să conving ; intenţia mea este, în măsura în care depinde de mine, să nu ascund nimic din ceea ce socotesc că aparţine practicii de psihiatrie în LSM. Nu voi încerca să prezint un tablou coerent al acestei psihiatrii ci cîteva întrebări așa cum reies din experiența noastră, astfel, încît principiile ei să fie legate logic, iar demersurile practicii să reiasă în mod necesar din principii, fără a adăuga ceva și fără a face vreo concesie. Consider că a sosit momentul de a expune acest sistem reprezentat de praxis-ul psihiatric în LSM, încît cei care-l atacă să știe ce atacă, iar cei care-l apără să știe ce apără. Aceasta izvorăște și din dorința ca practica noastră de ambulator să nu mai fie acuzată de abuzuri sau erori pe care nu le-a comis niciodată, dar nici să se bucure de o indulgență de care nu are nevoie. Ea reprezintă un sistem coerent, pe care trebuie să-l acceptăm sau să-l respingem, odată principiul admis, restul se desprinde de la sine.

Trebuie să se țină seama că orice sistem expus nu este constituit odată pentru totdeauna ci numai o soluție posibilă asupra căreia să se mediteze, care trebuie completată, dezvoltată sau chiar îndreptată. Orice psihiatru conștient de răspunderile sale și receptiv față de problemele pe care le ridică munca sa își dă seama cu ușurință după cîțiva ani petrecuți în staționar și ambulator, că practica sa nu e cea mai bună dintre formele de activitate posibile. De cîte ori, la cursuri de specializare sau perfecționare, la consfătuiri, ori unde se întîlnesc psihiatrii pentru a dezbate probleme ale activității lor, nu a fost exprimată cererea de a se prezenta sugestii concrete și valide asupra unor forme noi ale praxis-ului diferite de cele tradiționale. Ce răspuns se poate da?

Din păcate nu se poate spune că metodele care lasă cu adevărat teoria de o parte și păstrează în mod constant discuția pe teren practic prisosesc.

Aceasta înseamnă că mulți dintre noi perseverau în folosirea unui regim de lucru care nu dă roade corespunzătoare efortului impus atît nouă cît și celor care ni se încredințează; ne găsim, așadar, în contradicție netă cu normele care reglementează orice activitate în lumea de azi: există o lege severă și validă în cazul oricărei activități umane în orice domeniu: necesitatea de a obține rezultatele cele mai bune cu mijloacele cele mai potrivite și mai economice. Noi, psihiatrii — sau poate numai unii dintre noi — dimpotrivă, continuăm să fim nemulțumiți de rezultatele muncii noastre dar apelăm în continuare la metode și tehnici nu totdeauna adecvate și frecvent neeconomice. Deși avem o oarecare vechime și experiență în practica de LSM activitatea noastră este o permanentă interogare. Și am să vă rog să îmi permiteți ca unele din aceste întrebări să le formulez „hic et nunc".

Este LSM-ul un grup uman în serviciul cui are nevoie de el în funcție de știința și experiența sa, fiind cît mai puțin normativ și nontutelar, sau rămîne un sistem care se ocupă de comunitatea în ansamblu dar centrat pe „comunitatea paralelă" a celor „neintegrați"? (Garron).

Este el — LSM-ul — o entitate abstractă și un nou „gadget" intelectual al psihiatrilor sau o luptă, iar psihiatrul „lesemist" un combatant care se întreabă care sînt forțele care trebuiesc mobilizate în această bătălie?

Drumul trasat de experiențele cotidiene ca și structurarea dinamică a acestora în interiorul grupelor care acționează în acest domeniu, permit să se încerce o codificare a praxis-ului „lesemistic"? Cînd și cine o face?

Acțiunea noastră nu costă prea mult?

Pentru a ști trebuie să ne asigurăm că resursele disponibile sînt într-adevăr bine utilizate, și în acest caz conceptele de eficacitate tehnico-medicală și de eficiență nu trebuie precizate și pentru psihiatrie?

Traducerea acțiunilor psihiatriei de ambulator în termeni monetari, cu toate dificultățile cantificării aspectelor relaționale esențiale în psihiatrie, nu este oare posibilă?

Sistemul de îngrijire extraspitalicesc în LSM cu toate imperfecțiunile sale este relativ bine rodat și constitue o soluție oportună; rămîne ea și suficientă dacă dispozitivul este privit în lumina a ceea ce își propune să realizeze: protecția sănătății mentale a populației și acțiuni de profilaxie secundară și terțiară?

Cum se poate soluționa — eventual evita — conflictele — contradicțiile — de autoritate și putere între două sau mai multe structuri instituționale ale sistemului psihiatriei de ambulator, în lipsa unor organisme inter-instituționale de concertare, integrare și articulare armonioasă a ansamblului instituțional?

LSM-ul, titularizarea defectivă cu potențial falimentar, ca instituție e sortită să devină centru strategic și dispecerat tactic, sau să rămînă o anexă, secție sau apendice al unei instituții de profil psihiatric sau al altei specialități medicale? În oricare din posturi, nu are ea nevoie de o bază juridică solidă?

Teritoriul de care se ocupă instituția în discuție, este o felie dintr-o concentrație urbană — micro X — sau tipsia întinsă a unui județ cu 600 000 locuitori și cu o suprafață de 6 000 km²?

Modalitățile de dispensarizare concepute ca un proces non stop, nu trebuie să reflecte, ele, mai mult un moment de conștiință socială și mai apoi o evoluție a tehnicilor de îngrijire?

Și în acest caz nu riscăm de a impune unor grupuri de subiecți intervenții pentru care acestea nu au fost pregătite depășindu-ne limitele competenței? Nu este oare momentul elaborării unei teorii fundamentale după care bolnavul trebuie să fie urmărit — considerînd tulburarea mentală ca evolutivă — de aceeași echipă în scopul asigurării unității și continuității dispensarizării și recuperării?

În momentul în care ambiția LSM-ului este de a răspunde tuturor nevoilor psihiatrice ale unei populații și aceasta într-o manieră tehnică satisfăcătoare exigențelor fiecărui caz, dilematica întrebare, calitate-cantitate își poate găsi o rezolvare nonconflictuală și noncontradictorie? Dezvoltăm un simulacru de psihiatrie ambulatorie în care echipa își reduce activitatea la primirea rapidă a fiecărui pacient cu singura posibilitate de a-i oferi cuvinte de încurajare și cîteva miligrame de neuroleptic? Sau limităm la priorități intervenția noastră cu riscul ecremării morbidității al apariției sindromului YARVIS și a psihiatriei eletiste?

Aceste întrebări, o infimă parte din ce s-ar putea formula nu vizează descurajarea acelora — și noi sîntem de partea lor — care au depăşit dificultăţile de echipament, financiare, şi de evoluţie a propriei practici şi au organizat şi acumulat o experienţă în psihiatria de ambulator, realizînd echipe competente, constant informate şi dornice să-şi împartă responsabilităţile fără să-şi piardă identitatea ; ele sînt expresia neliniştelor şi căutărilor propriei echipe angajată în efortul dificil dar indispensabil al unei comprehensiuni juste a raporturilor reciproce, gaj al eficacităţii şi succesului, echipă care s-a dorit o entitate nouă rămînînd permanent critică reglîndu-şi competenţele, angajamentele, sistemul de relaţie şi participarea la deciziile luate şi acţiunile întreprinse.

Considerînd jocul dialectic al variaţiei cunoştinţelor psihiatrice, cu descoperirea unui cîmp nou de aplicare şi variaţia creşterii cerinţelor concomitente din partea colectivităţii, psihiatrul a trebuit să devină disponibil pentru o psihiatrie de extensie. Ideea de a îngriji bolnavul în comunitate şi comunitatea ca întreg a suscitat vii rezistenţe, printre care este de recunoscut, evident, aceea a psihiatrilor ataşaţi tradiţiei, condiţionaţi prin întreaga lor istorie să rămînă în poziţie expectativă. Dar aceasta nu explică totul, opoziţia la tendinţele „psihocratice“ fiind mai viguroasă la psihiatrii mai puţin ataşaţi azilului şi mai mult angajaţi într-o veritabilă psihiatrie de extensie. Dilema nu este deci „psihiatrie expectativă tradiţională“ sau „psihocratism de ambulator“ ; cred că trebuie făcută o reflexie metodologică aprofundată pentru a înţelege că şi într-unul şi în celălalt termen al falsei dileme se situează aceeaşi atitudine fundamental-pernicioasă pe care psihiatrul angajat trebuie să o elucideze, s-o denunţe şi s-o depăşească. Această atitudine dată psihiatrului prin istoria sa, constituită în ordinea unei cerinţe arhaice care nu califică psihiatrul prin ştiinţa de a asculta, ci prin exerciţiul unei puteri, mobilizează la acesta dorinţa de putere care se manifestă de la abordul tutelar al bolnavului la ideea de a pune sub tutelă faptele sociale instituţiile şi viaţa societăţii. Astfel, psihiatrul alienist „antilesemist“ şi „noutatea“ psihocratică a psihiatriei „lesemistului“ pot fi supuşi rigorii aceleiaşi critici fundamentale, realizîndu-se astfel bazele pragmatice şi vocaţia personajului psihiatrului de ambulator sau „lesemist“.

Este suficient, pentru a înţelege gravitatea acestei probleme să constatăm felul în care în lumea contemporană se circumscrie serviciul de sănătate mentală, sau LSM-ul.

„Acesta se defineşte prin principiul de a da *tuturor* celor care-l folosesc *toate* serviciile pe care pregătirea *noastră* ne obligă să le-o dăm, şi pe care *aceştia* sînt în drept să o aştepte de la noi“.

„Ori pretutindeni în lume psihiatrul îşi organizează de obicei munca nu în funcţie de o apreciere corectă a cerinţelor, ci în funcţie de date haotice, în care figurează la loc de cinste — de ce să n-o recunoaştem — interese fragmentare şi slăbiciunea aptitudinilor de a se sustrage tradiţiilor segregative alieniste ; mai mult, grupuri, colective sau echipe care nefiind subansamble ale unui ansamblu coerent şi responsabil de sănătate mintală rămîn izolate în cîmpul lor de acţiune, de concepţii teoretice diferite, praxis-uri contradictorii şi de ce să nu fim sinceri de interese personale, sau aceste echipe joacă rolul respingerii către spital a bolnavului, în loc să se angajeze alături de acesta în recuperarea în colectivitate.

Într-o altă optică LSM-ul este un grup uman în *serviciul* oricui are nevoie de el în funcţie de ştiinţa şi posibilităţile sale“.

El este o reţea de instituţii care i-au pus în observaţie şi tratament pe toţi cei asupra cărora aceasta (reţeaua de instituţii) are competenţă. Este important de notat că prima optică este omoloagă principiilor celor mai moderne ale psihoterapiei şi terapeuticii, după care atitudinea psihiatrului (şi a celorlalţi membri ai echipei) trebuie să fie cît mai puţin posibil tutelată şi normativă cea de a doua fiind reprezentativă (pentru supravieţuirea, la adăpostul precauţiunilor oratorice, a atitudinilor tradiţionale protectoare, azilare, normative, dependente, antilesemiste).

Răspunzînd unor referinţe demografice alţi psihiatri văd în practica de ambulator o politică şi în acelaşi timp un fapt atît teoretic cît şi practic necesar orientat către viitor, într-un mod dinamic, şi evolutiv, dar purtînd în sine amprentele unui trecut azilar şi înscriindu-se în contextul unui prezent incomplet cunoscut.

Un serviciu de ambulator conceput şi organizat după această definiţie nu pleacă de la nevoile exprimate de comunitate ; deci răspunsul nu se raportează la mediaţia acestei cerinţe, şi în consecinţă, funcţionarea ar fi lipsită de coerenţă, actele prea diverse pentru mijloacele practice ale psihiatriei.

Definiţii ca : — „LSM-ul este înainte de toate un mod de a practica psihiatria, şi el este şi va fi, ceea ce oamenii care muncesc aici sînt şi vor fi ?“

— „LSM-ul nu este numai o acumulare de instituţii variate, mai mult sau mai puţin coordonate ci mai ales o formă de, colaborare între practicieni diferiţi“ şi încă „LSM-ul nu este un teritoriu geografic, ci o conlucrare a unor oameni cu pregătire diferită, în specialităţi diferite, dispersaţi pe o arie geografică, deci definiţii ca cele de mai sus pun accentul pe activitatea desfăşurată în grup, în echipă.

— De ce trebuie lucrat în echipă ?

— Munca în echipă face parte dintr-o mitologie psihiatrică modernă, sau corespunde unei necesităţi dictate de situaţii specifice ?

— Este mai eficace activitatea echipei decît munca individuală a fiecărui membru al ei ?

— Echipa este ea un instrument valabil pentru bunul mers al activităţii psihiatrice de ambulator, pentru reuşita tratamentului, sau mai mult un procedeu de securizare a psihiatrului, a celorlalţi membri ai echipei confruntaţi cu situaţii dificile care le subminează autoritatea ?

Chiar dacă aceste întrebări rămîn fără răspuns cred că este bine să ni le punem.

Evoluţia generală a medicinii tinde spre a dezvolta acea practică medicală în care medicii, şi deci şi psihiatrii, îşi desfăşoară activitatea grupîndu-se. Două ordine de motive stau la baza acestei evoluţii, susţin experţii OMS-ului :

— pe de o parte, schimbările rapide care se produc în ştiinţele medicale şi complexitatea crescîndă a practicii medicale, solicită o perfecţionare continuă a medicului chiar şi numai pentru a exercita medicina ca omnipractician şi pentru a cunoaşte bogata structură a elementelor paraclinice.

— pe de altă parte, medicii n-au rămas în afara evoluţiei sociale şi ei aspiră din ce în ce mai mult la o viaţă profesională asemănătoare celei a celorlalţi cetăţeni, în sensul unei activităţi cu durată limitată şi timp de repaos care să poată fi consacrat vieţii de familie, loisirului şi formaţiei permanente.

Exercitarea activităţii medicale în echipă este singurul mod de a concilia permanenţa medicală, calitatea îngrijirilor graţie formaţiei post-universitare, şi folosirea mijloacelor de investigaţie utilizabile la nivelul considerat, cu o viaţă personală şi familială acceptabilă.

În cadrul activităţii de psihiatrie în ambulator echipa multidisciplinară nu este suma aritmetică a competenţelor şi responsabilităţilor fiecărui membru considerat izolat; ea este o entitate nouă, în care împărţirea responsabilităţilor şi sarcinilor între membri trebuie să fie regîndită; dacă e necesar un şef pentru că acţiunea trebuie să fie coordonată, această necesitate nu implică raporturi strînse de subordonare şi nu exclude concertarea tuturor şi participarea fiecăruia la deciziile luate. Rămîne de parcurs un drum lung pentru ca spiritul de echipă să triumfe; fără îndoială unele principii trebuie să fie fixate prin autoritate, dar sarcina cea mai dificilă şi indispensabilă de realizat, care începe cu formaţia, este de a face pe membrii echipei să aibă o comprehensiune justă a raporturilor lor reciproce, gaj al eficacităţii şi succesului. În practica psihiatriei de ambulator, în momentul în care a apărut evident că pentru captarea şi rezolvarea cerinţelor venite de la populaţia unei entităţi geografice, o singură persoană nu este suficientă, necesitatea echipei s-a impus.

Acest imperativ rezultă mai puţin din exigenţele imediate ale volumului de cereri cît mai ales din diversitatea tipurilor de probleme puse care deschid cîmpul intervenţiei unor specialişti diferiţi, fiecare tinzînd să-şi găsească locul, progresiv în funcţie de competenţa sa.

Punînd natura echipei ca agent de intervenţie polivalent în faţa expresiei cerinţelor, o situăm şi mai mult într-un spectru de sarcini diversificate, al cărui ax este continuitatea îngrijirilor şi interschimbarea rolurilor. Rolul psihiatrului în aceste circumstanţe este de a evalua şi de a distribui partiturile în funcţie de dorinţele, interesele, constrîngerile profesionale şi de competenţele pe care fiecare le dezvoltă puţin cîte puţin în sînul echipei.

Pivotul continuităţii rămîne fără a se putea contesta tandemul psihiatru—asistenţă socială, o veritabilă proteză a bolnavului psihic în efortul de adaptare la nevoile vieţii individuale, familiale şi profesionale. Eu cred că psihiatrul „lesemist" nu trebuie să înregimenteze cohorte impresionante de pacienţi în followup-uri interminabile, aşa cum nici nu poate fi făcut responsabil de toată patologia psihică a unui judeţ. Pentru moment cred că trebuie să ne cantonăm în rolul de utilă intervenţie polivalentă mai mult decît în acela de brigadieri ai delirului, supraveghind masa celor inoculaţi cu neuroleptice retard, pentru a lua măsuri coercitive, împotriva acelora pe care ni-i semnalizează grupurile de origine sau alte organisme şi instituţii ale societăţii.

Revenim la definiţiile practicii psihiatriei de ambulator sînt convins că aceasta trebuie să fie — adoptînd un punct de vedere eclectic — definită de aptitudinea de a răspunde tuturor cerinţelor interesînd sănătatea mentală şi organizîndu-şi tipul de răspuns după diversele competenţe disponibile în colectivul respectiv; ea trebuie să fie o stare de spirit a unor practicieni care activează în ambulator; dar bazîndu-se pe un centru puternic instituţionalizat care este spitalul de psihiatrie, garanţie sigură a unor coordonări formative a specialiştilor care lucrează în echipe şi a unei articulaţii eficiente cu restul echipamentului medico-social.

Astfel psihiatria de ambulator nu mai este o entitate abstractă, ci o luptă dificilă, o aspiraţie antitehnocratică, nonspitalocentrică, avînd vocaţie lucrativă şi fondîndu-se pe respectul dreptului omului la sănătate.

De fapt o circumscriere veridică care poate afirma noul, progresul, adus de practica psihiatriei de ambulator trebuie să aibă în vedere că:

1. O concepţie unificată a serviciului de sănătate mentală exclude orice reducere a rolului acestui serviciu la dispensarizarea celor excluşi prin boală mentală şi este antinomică cu responsabilitatea unei instanţe funcţionînd după principiul selecţie—respingere. Îmi exprim dezacordul cu tot ce constituie exces de zel formal şi derivat din analogii superficiale cu alte activităţi non-medicale; dispensarizarea şi urmărirea bolnavului psihic într-o viziune simplistă şi formală, într-o manieră „manu-militare" manipulîndu-l şi nu implicîndu-l în recuperare—reabilitare, se vădeşte o practică ţinînd de preistoria psihiatriei şi, o mască acceptabilă pentru incompetenţa profesională — această manipulare suspicioasă, neanalitică şi incoerentă, neprecizată, cu caracter punitiv sporeşte tensiunea psihică a pacientului, agresivitate la adresa familiei şi grupului de muncă, tendinţa la disimulare sau suprasimulare, într-un cuvînt anulează rezultatul procedurilor terapeutice; dispensarizarea reală a bolnavului psihic nu poate fi făcută în afara echipei terapeutice, iar relaţiile din interiorul echipei se consolidează în reciprocitatea serviciilor aduse.

2. Un sistem de luare în grijă a nevoilor funcţionînd după principiul continuităţii protejează bolnavul împotriva trimiterii aleatorii de la un psihiatru la altul sau de la o echipă la alta în funcţie de diverse momente critice ale istoriei sale.

3. Psihiatria de ambulator permite o activitate organizată în direcţia environamentului familial, în pri-

mul rînd, ţinînd cont de faptul, ştiinţific dovedit, că familia este locul prevalent în care se constituie tulburarea şi în raport cu care ea evoluează dar şi cu mediul social, şcolar, profesional etc., ea comută interesul de la endopatologia individuală la contextul social, transformîndu-se într-o socio-psihiatrie activă şi intervenţionistă, sinergică, interferentă, multidisciplinară aşa cum multifactorial este determinismul bolii mentale.

4. Un ansamblu de mijloace proprii, diferenţiate, prohibînd trimiterile în cascadă după cursul evoluţiei la nivelul cabinetului de consultaţii, internarea în spital, sejur în secţia de zi etc., dar funcţionînd sub responsabilitatea unică a echipei cu maximum de continuitate în relaţia terapeutică.

5. O dotare în personal de toate categoriile, permiţînd dezvoltarea activităţii, acolo unde emerge nevoia, la domiciliu, la şcoală, la locul de muncă etc.; această muncă este o activitate de echipă este locul de integrare a unor relaţii cît mai personalizate posibil.

6. Un LSM convenabil este multidisciplinar şi multicategorial; el este prin definiţie un loc de formare pentru toate categoriile şi disciplinele şi desfăşoară o activitate de formare a unui personal de tip nou, şi în particular a asistentelor sociale, concepînd sarcinile acestora diferit de cele pe care le dă formaţia spitalocentrică tradiţională.

7. Un astfel de serviciu este un grup uman care muncind în principiu împotriva propriei anchiloze, restrîngînd din principiu responsabilităţile instituţionale tradiţionale şi răspunzînd tot din principiu cu activitate oriunde e nevoie de el, este incompatibil cu modul de funcţionare tehnocratic.

Prezentîndu-se ca specialist al îngrijirilor şi manipulînd locurile de întîlnire şi intervenţie psihiatrul se poate în acelaşi timp expune la diverse greutăţi. Se vorbeşte chiar despre o psihiatrie abuzivă. În fapt psihiatrul de ambulator, cînd îşi oferă serviciile comunităţii şi îi propune ajutorul său are toate şansele să i se reproşeze o multitudine de probleme. Evitarea acestora rămîne mai ales şi în ultima analiză legată de necesitatea informării celorlalte organisme medicale şi nemedicale, şi de dezvoltarea unor legături suficient de bune pentru a face accesibilă comprehensiunea noţiunii de psihiatru în ambulator, concomitent cu o colaborare efectivă, fără prejudecăţi sau rezerve cu toate locurile în care se poate manifesta o problemă de sănătate mentală.

Activismul unei generozităţi rău înţelese sau birocratismul devorant al hîrtiilor care trebuie să acopere orice gest al psihiatrului sînt tare care hrănesc conjuraţia împotriva practicianului în ambulator şi care alături de pericolul unei forme de cronicitate în afara zidurilor spitalului, sînt obiecte de reflexie, foarte probabil esenţiale.

Oricum, învăţarea acestui nou mod de a munci trebuie să treacă printr-o formaţie şi o informaţie, ceea ce presupune elaborarea aprofundată a conceptului şi propoziţii precise cu caracter suficient de oficial şi important, care să ducă la generalizarea utilizării tuturor tehnicilor de lucru în promovarea şi apărarea sănătăţii mentale.

În continuare cîteva reflexii asupra continuităţii.

Continuitatea în principii şi dispensarizarea bolnavului s-au degajat ca noţiuni şi acte ale psihiatriei de ambulator din necesitatea, iniţial empirică, de a stabili — avînd în vedere caracterul particular al bolii mentale — un contact continuu şi autentic, care să înlocuiască relaţia terapeutică fragmentară cu un fel de ax în jurul căruia bolnavul mental să-şi reconstruiască coerenţa pierdută prin boală.

Continuitatea îngrijirii nu exclude variaţii importante în cursul traiectoriei terapeutice ca investirea prevalentă a diferiţilor componenţi ai echipei psihiatrice; diferite persoane — în interiorul unei echipe — şi uneori mai multe echipe pot şi trebuie să intervină în cursul tratamentului psihiatric de lungă durată; schimburi, articulări, conflicte între membrii echipei şi chiar între echipe sînt inevitabile şi aproape indispensabile.

Insist asupra noţiunii care mi se pare capitală; schimburile se pot face deseori în plină cunoştinţă de cauză pentru bolnav şi ele trebuie să fie introduse în semnificaţia lor esenţială în timpul relaţiei continue cu bolnavul. Fără această variaţie, aspectul negativ al dispensarizării se va amplifica; pacientul devine dependent sau chiar se simte înconjurat de instanţe mai mult sau mai puţin abstracte, fără să aibă un cuvînt de spus, proiectîndu-şi conflictele sale interne asupra diferiţilor membri ai echipei şi punînd înaintea simptomelor beneficiile secundare, regresive, ceea ce anihilează efectul benefic al dispensarizării.

Cu această condiţie, dialectica continuitate-discontinuitate poate să rămînă pozitivă.

Rupturile operate de psihotic nu trebuiesc totdeauna taxate ca ratări ale relaţiei interindividuale; ele pot fi utile în lungul tratamentului, avînd un rol maturant, autonomizat. De aceea consider că menţinerea cel puţin virtuală a unei atitudini frustrante a bolnavului faţă de echipă este necesară; rămînînd totdeauna autentic, prezent şi disponibil faţă de pacient, psihiatrul „lesemist“ nu trebuie să simplifice sarcina subiectului în menţinerea sa ca pacient dispensarizat, dar o astfel de invitaţie trebuie făcută cu prudenţă, singurul care o poate utiliza valabil fiind numai el, psihiatrul.

Voinţa de a menţine cu orice preţ continuitatea în sensul său restrîns duce la negarea limitelor pe care orice echipă terapeutică şi le fixează, întrucît aceasta nu poate fi nici omniprezentă, nici omnipotentă.

Continuitatea indispensabilă tratamentului de „cursă lungă“ — cred eu — trebuie înţeleasă ca o istorie a acestor momente dure şi a acestor rupturi pe care, traversîndu-le, bolnavul îşi resesizează propria sa istorie, pe care o trăieşte ca fiinţă dorită şi nu ca obiect manipulat de sistemul terapeutic psihiatric.

Fără aceasta, avantajul sistemului psihiatriei de ambulator, în ciuda diferenţierii sale complexe se anulează, transformîndu-se într-o maşină de vindecare, pretenţie pe cît de ambiţioasă pe atît de absurdă. A spune că boala mentală este curabilă înseamnă a te angaja foarte mult. Cred că nu trebuie să ne lăsăm prinşi în acea capcană — care ne-o întinde grupul de origine al bolnavului sau celelalte organisme nemedicale ale societăţii — şi care constă în a crede că boala mentală se poate vindeca, cînd de fapt psihiatria contemporană face eforturi pentru a o preveni şi se limitează la a o constata şi a o trata. Bolnavul psihic pune probleme în mod cronic, ceea ce nu trebuie confundat cu cronicitatea şi în tot cazul el nu a dispărut, dar ceea ce putem aduce specific şi nou în cadrul acţiunii psihiatriei de ambulator este că-l putem îngriji mai uman şi — mult mai des ca înainte — în sînul colectivităţii ceea ce pune problema distincţiei între a îngriji şi a vindeca în psihiatrie fie că-i practicată în pavilion ori în colectivitate.

Revenind la continuitatea în îngrijiri am constatat că este imperios necesar să urmărim dinamica relaţiilor subiectului — şi de ce nu a conflictelor acestuia — care se dezvoltă în cîmpul terapeutic pe întreaga perioadă a dispensarizării ; şi relativ la aceasta, dispensarizarea considerăm că nu trebuie să fie un colmataj permanent al fiecărui absent şi nici un răspuns, după altul al fiecărei solicitări care duc la o relaţie interminabilă şi sterilă, ci urmărirea — aşa cum spuneam mai sus — a relaţiilor care se nasc între bolnav şi universul său socio-familial. Ea, continuitatea înseamnă în acelaşi timp încărcarea cu responsabilitate, totdeauna virtual tranzitorie, faţă de un subiect în suferinţă, fără a impune cu orice preţ un sistem de valori oarecare, readaptativ sau revoluţionar, pentru a-l proteja împotriva tendinţelor auto sau heterodistructive şi de asemenea întovărăşirea pacientului în stabilirea progresivă, prin compromisuri deseori decepţionante, a unui echilibru viabil, deschis spre un viitor posibil.

Continuitatea unui sistem terapeutic necesită pentru a fi efectivă, o implicare bogată şi suficient de stabilă, a celor care practică în condiţiile psihiatriei de ambulator şi care sînt susceptibil în a găsi în întîlnirea cu pacienţii satisfacţii legitime, fără să deterioreze şi fără să găsească un echilibru personal sau de grup, în detrimentul autonomizării posibile a subiecţilor care îi are în grijă şi îi tratează.

L.S.M.-ul ar trebui să devină şi să fie înţeles în sensul celor de mai sus, ca unul din sistemele posibile (nici unicul, nici ideal) pentru a răspunde necesităţii de a înscrie în realitate bolnavul psihic ajustîndu-şi răspunsurile problematicii pacienţilor şi a acelora care solicită competenţa. Evident şi alte formule sînt posibile, dar eu, caut ca sistemul nostru să nu fie nici rigid şi nici fix.

Dacă politica LSM-ului prin continuitatea şi coerenţa ajutorului dat pacienţilor, şi printr-o mai bună cunoaştere a mediului de viaţă a acestora, permite un răspuns mai adecvat, atunci ea va contribui la diminuarea consumului de psihiatrie, a psihiatrizării colectivităţii şi instituţionalizării individului sau situaţiilor care n-au nimic de cîştigat din această „prise en chorge“ abuzivă, în felul acesta devenind un element de profilaxie şi de ameliorare a pragului de toleranţă a environametului social.

Psihiatrul „lesemist“ nu poate şi nu trebuie, prin intervenţii intempestive şi generatoare de demisii să se substituie forţelor naturale pe care individul şi mediul său le pot mobiliza. Evitînd aceste capcane, echipele „lesemiste“ vor răspunde astfel proceselor de intenţie care li se fac şi LSM-ul va fi ceea ce trebuie să fie : o structură suplă, care nu trebuie să uite că acela care vine să consulte cere ajutor şi chiar dacă vrem să negăm existenţa bolii, n-o putem nega pe cea a suferinţei şi nu putem lăsa acest apel fără răspuns, acesta. răspunsul, probabil tributar unora sau mai multor curente de gîndire psihiatrică, trebuie să facă din LSM un spaţiu în care viaţa redevine posibilă, iar din psihiatru un ghid solidar cu cel aflat în dificultate.

YOGA ŞI EDUCAŢIA PSIHICĂ A TINERETULUI

Ludmila Galin

— Bucureşti

Revoluţia tehnico-ştiinţifică de cea mai mare importanţă a etapei actuale a istoriei, cu industrializarea masivă, care trece pe primul plan, are o influenţă covîrşitoare, atît asupra societăţii, cît şi asupra individului în parte.

Urbanizarea, automatizarea industriei, introducerea în industrie a ciberneticii, a factorilor nocivi şi complicarea proceselor de producţie în vederea unei înalte productivităţi, necesită din partea individului legat de producţie, o solicitare psihică din ce în ce mai mare.

Prin schimbarea ritmului vieţii şi a muncii, toate acestea se soldează, nu rareori, cu tulburări ale sistemului nervos, în special la tineri, generînd multe zile de incapacitate de muncă şi chiar invaliditate.

Pentru a evita tulburările, care pot surveni prin hipersolicitare nervoasă, cred că este necesar să se găsească forme de autoeducare în vederea creşterii responsabilităţii individului faţă de obligaţiile din ce în ce mai mari şi în final, obţinerii unei societăţi cu echilibru psihic perfect.

Una din metodele care prezintă posibilităţi nebănuite de autoeducare, este sistemul „Yoga“.

Yoga se bazează pe un complex de antrenamente fizice împletite cu autodisciplinare psihică.

Milenara ştiinţă Yoga, ne învaţă cum să obţinem un psihic puternic, neinfluenţabil negativ de ritmul actual al vieţii, conştiinţa clară, putere de concentrare, stăpînire de sine, siguranţă temperantă, nonviolenţă, amiciţie. Să obţinem sănătate fizică şi longevitate. Să cunoaştem mediul ambiant şi să *captăm* energie necesară vieţii şi muncii.

Autodisciplinarea morală şi sexuală, problemă de majoră importanţă, influenţează pozitiv individul, menţinînd integritatea familiei, evită conflicte în cadrul activităţii sau în general, evită acte nechibzuite ale tinerilor, ponderînd relaţiile individului cu mediul înconjurător.

De la început trebuit să menţionăm că Yoga nu este un sistem mistic. Atît urmele statutare (figuri cu posturi yoga datînd cu 3 milenii î.e.n.) cît şi documentele vechi hinduse (Vedes, Upanisade, Samkya) sînt mărturii de neînlăturat asupra conţinutului ateu al acestui sistem.

În schimb, budismul, brachmanismul şi chiar creştinismul, au împrumutat din Yoga ceea ce convenea momentului istoric respectiv.

Sistemul este vast, cu foarte multe forme. Ele au mereu ceva comun între ele, căci de la arhaism pînă la tantrism şi evul mediu, Yoga n-a încetat a fi o gîndire specifică indienilor, indiferent de forma pe care a luat-o.

Forma cea mai potrivită pentru europeni este Hatha-Yoga, sistem bazat pe interpretarea fenomenelor fiziologice, în scopul unei realizări.

Insuşi numele sistemului *Ha* = energie pozitivă, *Tha* = energie negativă şi *yong* = joncţiune, înseamnă perfecta cunoaştere a celor 2 energii şi echilibrul lor în corpul omului. Cînd echilibrul este afectat, apare boala, care de fapt este lupta pentru restabilirea lui.

Dar pentru păstrarea echilibrului, trebuie să ne încadrăm în ritmul vieţii şi a muncii.

După yogi, orice efort fizic sau intelectual, care nu e conform ritmului personal, provoacă tulburări profunde.

Accidentele în industrie se datorează faptului că oamenii lucrează în contratimp cu ritmul lor natural. De aceea, pentru alegerea profesiunii chestiunea ritmului este fundamentală. Hatha-Yoga consideră pe om ca parte integrantă a naturii şi el trebuie să-şi armonizeze ritmul după mediul ambiant.

Pentru a obţine un echilibru psihic, o integrare în ritm yogii recomandă : 1. asane, respiraţie, relaxare, concentrare.

Asanele se recomandă după o pregătire fizică şi psihică. Astfel se corectează ţinuta.

O ţinută corectă determină un echilibru perfect ; altfel, pentru păstrarea lui, se contractă o serie de muşchi, ceea ce presupune oboseala inutilă.

Trebuie să menţionăm că foarte mulţi tineri, chiar sportivii, nu au o ţinută corectă. Ei au scapulele alate şi cifoze destul de pronunţate.

Se corectează respiraţia, astfel ca viitorul practician să treacă la respiraţia conştientă. Se face relaxarea.

Asanele nu pot fi considerate o gimnastică obişnuită, ele fiind însoţite de respiraţie controlată şi participarea obligatorie a psihicului.

O asană se desfăşoară în 3 faze :

1. Momentul dinamic, de luare de poziţie cu mişcarea articulaţiilor, relaxarea sau contractarea muşchilor.

2. Faza de imobilizare, fixare în postură cu tendinţa la pasivitatea musculaturii şi elongaţia. Posturile prelungite determină schimbarea influxului nervos, ca în acupunctură.

3. Deconectarea după postură, este stadiul cel mai important. După textele hinduse, se pare că în timpul imobilizării prana se fixează la nivelul viscerelor trecînd astfel din stadiul superficial la stadiul profund de combustie şi schimburi şi în special la celulele nervoase, vitalizîndu-le.

— *Respiraţia* însoţeşte nemijlocit asanele. Respiraţia controlată determină creşterea schimburilor gazoase de 10 ori faţă de respiraţia noastră obişnuită (controluri efectuate în institutele de cercetare şi tratamente Yoga din India).

— Respiraţia completă activizează întregul cîmp pulmonar.

— Pranayama reprezintă în Yoga controlul şi stăpînirea bioenergiei. Prana înseamnă energie, iar yama control. Ea este necesară corpului pentru a se manifesta pe plan psihic. Orice acţiune voluntară sau involuntară emană din aceasta energie, care îşi are sursa principală, dar nu exclusivă, în respiraţie.

Astăzi, prin evoluarea ştiinţei bioelectronice, cercetările profesorului Fred Vlès de la Facultatea de medicină din Strassburg, Tchejinovschi din Kiev şi alţii au constatat prezenţa ionilor negativi în celulele organismelor vii. Ei participă la fenomenele de oxireducţie, un adevărat metabolism intracelular, în special al celulei nervoase.

Omul se încarcă cu ioni negativi, iar eventualele excedente le evacuează prin piele. Ionii negativi modifică constantele respiratorii şi activizează psihicul.

Tot ce trăieşte depinde de prana cosmică. Tot dinamismul somatic şi psihic se concentrează în prana. Ea este deci o energie pe care o *captăm* şi o metabolizăm. De ce să nu admitem teoria yogilor, că omul îşi poate dezvolta conştient evoluţia sa psiho-somatică printr-un aport suplimentar de oni negativi, practicînd pranayama.

După yogi, cel ce-şi însuşeşte arta de a acumula prana, iradiază forţa fizică şi psihică spre alţii.

Hindusul, prin respiraţie ritmică devine conştient stăpînul pranei, care-l animă. Astfel se explică puterea yogilor de a trimite prana în orice parte a corpului, prin urgentarea transmiterilor energetice şi senzoriale.

— *Relaxarea*, fie ea practicată pentru combaterea oboselii sau la începutul şi sfîrşitul asanelor are drept scop deconectarea tuturor muşchilor. Respiraţia devine mai încetinită, distribuţia sîngelui mai regulată, respiraţia celulelor mai amplificată. Prin relaxare se revitalizează toate organele şi sistemele, mai ales sistemul nervos, datorită fluxului sanguin, care în relaxare reuşeşte să le alimenteze în egală măsură.

Relaxarea disciplinează sfera emoţională, dezvoltă atenţia şi memoria, determină echilibru nervos.

— Relaxarea Yoga este o pasivitate activă. Corpul este pus în aceleaşi condiţii ca şi în stare de somn şi totuşi rămîne în stare de veghe.

Să nu confundăm relaxarea Yoga, cu aceea din treningul autogen, care se bazează pe hipnoză și se transformă în autohipnoză. Ea este o metodă terapeutică, pe cînd relaxarea Yoga contribuie la stăpînirea psihicului sănătos și ridicarea pragului lucidității.

— *Concentrarea*, contribuie prin antrenament la perfecționarea psihicului nostru. În timpul asanelor, este un fixator al atenției prin voință. După yogi, puterea de concentrare e cea mai mare forță din lume. Prin gîndurile noastre putem realiza adevărate minuni concentrîndu-le asupra energiei din noi.

CONCLUZII

1. Sistemul Yoga este de o deosebită valoare în educația psihică a tineretului.

2. Aplicarea sistemului în școli ar contribui la formarea unui tineret mai echilibrat, la o mai justă alegere a viitoarei meserii, la evitarea multor accidente de muncă.

3. Pentru o corectă însușire a metodei, ea trebuie preluată de medici și individualizată pe baze științifice, evitîndu-se unele greșeli care dăunează practicianului și discreditează metoda.

structură şi funcţie în procesualitatea activităţii psihice

PROBLEMES POSES PAR LA CLASSIFICATION ET LA TYPOLOGIE DES MEDICAMENTS NEUROLEPTIQUES

par **Pierre Deniker**
— *Paris*

Une mise au point actuelle sur ces problèmes nous montre que les questions de classification ont été souvent mélées et mal distinguées des questiens de „typologie" qui pourtant leurs sont préalables.

1. RAPPEL HISTORIQUE

1. En 1952 les propriétés thérapeutiques de la *chlorpromazine* dans les psychoses sont découvertes et le „syndrome psychomoteur" caractéristique est décrit.

2. En 1954 des propriétés analogues sont trouvées pour la *réserpine* qui est très différente au point de vue chimique. La principale différence entre les deux prototypes réside peut-être dans la *réactivité différente* de cas cliniques similaires à l'un ou à l'autre médicament.

3. Individualisation des neuroleptiques : après la description des syndromes extrapyramidaux induits par les deux médicaments, faite par Steck en 1954, la dénomination commune de „*neuroleptiques*" est proposée par Delay et Deniker devant l'Académie de Médecine en 1955.

4. En 1956, la prochorpérazine aparaît comme le premier neuroleptique *stimulant* et le terme de „desinhibiteur" est pour la première fois utilisé par Broussolle. Au fur et à mesure de leur introduction d'autres phénothiazines *pipérazinées* seront rapprochées de ce type d'action.

5. Avec l'étude de la thiopropérazine „neuroleptique majeur" présentant la totalité des activités, *les cinq critères définissant* les neuroleptiques sont proposés en 1957. En fait ils se ramènent à deux caractéristiques essentielles : leurs actions dans certaines psychoses et la production éventuelle de syndromes neurologiques très spéciaux. Les critères 4 et 5 (production de syndromes diencéphaliques et extrapyramidaux, localisation sous corticale des mécanismes d'action) seront amplement complétés par les découvertes modernes sur les neurotransmetteurs : à partir de 1964 Carlsson souligne l'action *antidopaminergique* qui paraît valable pour tous les neuroleptiques, à l'exception toutefois de la réserpine dont l'effet est différent.

6. A partir de 1959, c'est la découverte des *butyrophénones*, dérivées du dextromoramide (Palfium), avec son prototype l'halopéridol. Plus puissant en dose que les précédents, on note la fréquence du syndrome hyperkinétique et l'existence d'un syndrome „sensitif" assez particulier (algodystonies, dysesthésies, etc.). Il apparît comme le „traitement de choix" des psychoses hallucinatoires, son activité *antihallucinatoire* presque spécifique mérite d'être soulignée d'autant que d'autres butyrophénones la possèdent aussi.

7. En 1960 sont présentées la première typologie des neuroleptiques (Delay et Deniker) et la première classification (Lambert et Revol), nous y reviendrons.

8. L'exploitation des 3 principaux types chimiques de neuroleptiques donne naissance à d'innombrables composés qui ne se distinguent pas par une originalité extraordinaire.

— Les phénothiazines se multiplient dans 3 groupes : aliphatiques, pipérazinées et pipéridinées.

Apparentés aux précédentes apparaissent les dibenzothiazépines et les thioxantènes.

— Les réserpiniques ne verront pas apparaitre de découverte retentissante. Ultérieurement on note la synthèse de composés indoliques qui n'ont pas du tout les mêmes propriétés biochimiques sur les amines cérébrales.

— Les butyrophénones vont être étudiées par milliers par Janssen. Les diphénylpipéridines viendront s'y ajouter.

9. Entre-temps la mise au point des *neuroleptiques d'action prolongée* ou „neuroleptiques-retard" (à partir de 1963) représente non seulement un progrès pratique pour la conduite des cures, mains une innovation, ces composés agissant *à des doses très inférieures* à celles des mêmes agents sous forme ordinaire.

10. A partir de 1967, l'apparition des *benzamides*, dérivées du procaïnamide et du métoclopramide (Pridérivées du procaïnamide et du métoclopramide (Primpéran), réalise une famille originale de neuroleptiques. En effet le sulpiride est presque dépourvu des caractéristiques pharmacologiques (à l'exception de son activité antiapomorphine) alors que son activité thérapeutique est certaine quoique ambigüe au début. Ceci conduira les pharmacologues à affiner l'étude des tests à l'apomorphine. Les autres composés du groupe vont d'ailleurs se rapprocher des neuroleptiques classiques.

11. En 1971, petit coup de théâtre, Hippius et coll. annoncent que la *clozapine* dérivée des dibenzoxazépines est un antipsychotique dénué d'effets extrapyramidaux qui justifie la critique et même la remise en cause du „concept des neuroleptiques". A quoi nous répondons que „c'est l'exception qui confirme la règle" : ayant autrefois utilisé le médicament nous lui avons trouvé des actions végétatives (tensionnelles et thermorégulatrices) tout-à-fait typiques.

La multiplication des composés dans le groupe des dibenzoxazépines nous donnera raison avec l'introduction de la *loxapine* qui est un neuroleptique classique doué cependant d'une activité antihallucinatoire remarquable, parfois supérieure à celles des butyrophénones.

Dans ce groupe se situe également *l'amoxapine* que des recherches sérieuses, tant pharmacologiques que cliniques, permettraient de définir à la fois comme un neuroleptique et comme un antidépresseur. Ceci nous introduit à la dernière étape qui est celle de l'apparition des composés „frontière".

12. A partir de 1972, l'étude en France d'un composé d'origine japonaise la *carpipramine* (associant un noyau tricyclique apparenté aux antidépresseurs et une structure rappelant les butyrophénones) avait posé la question de savoir si un même composé peut être à la fois neuroleptique et antidépresseur. Les études cliniques approfondies ont montré qu'il s'agit plutôt d'un neuroleptique mais qu'il est presque uniquement désinhibiteur et même franchement stimulant, ne possédant guère d'autre propriétés antipsychotiques. Mais il est certain que ce n'est pas un antidépresseur vrai. Ajoutons que le dérivé chloré (chlocapramine) apparaît comme un neuroleptique antipsychotique classique.

Cette rapide révision de l'histoire des neuroleptiques semble indiquer qu'elle n'est pas terminée. Fertile en rebonds plus ou moins contradictoires elle ouvre sans cesse, jusque dans ces dernières années, des perspectives de recherche nouvelles. La multiplication des composés et la découverte de leurs propriétés diverses ne font que renforcer „le concept de neuroleptique".

2. TYPOLOGIE ET CLASSIFICATION STRUCTURALES

Les neuroleptiques étant des médicaments assez bien définis, il serait logique d'essayer de les classer suivant une typologie en rapport avec leur structure chimique.

Dans le tableau ci-dessous nous avons figuré les 10 familles chimiques principales mais il s'agit plutôt d'un classement que d'une classification. (Tableau 1).

Les différences d'action entre les molécules et, dans un même groupe, entre les différents dérivés, rendent malaisé l'établissement d'une classification simple et didactique.

Composés neuroleptiques et non-neuroleptiques. — Dans chaque groupement chimique ont peut trouver des composés qui possèdent ou ne possèdent pas les caractéristiques des neuroleptiques. Ainsi parmi les phénothiazines, l'alimémazine (Théralène) n'est pas un neuroleptique alors que la levomépromazine (Nozinan) en est un. Et cesi pour une minime modification apparente du substituant en position 2 : H pour le premier et OCH3 pour le second.

Différences structurales et modification d'activité. — Dans le groupe des phénothiazines, on sait qu'on a pu établir des relations structure-activité suivant la disposition de la chaîne latérale : — aliphatique : composés sédatifs à effets végétatifs dominants ; — pipérazinée : desinhibiteur et générateurs d'hyperkinésies ; — pipéridinée : composés d'activité modérée, peu d'effets secondaires. (Tableau 2).

Mais le radical substituant a également une grande importance. On sait le rôle qu'a joué l'adjonction du chlore sur la molécule de chlorpromazine. Le fluor semble aussi exalter l'activité des dérivés. Mais le recours à un substituant *de type sulfamide* (—SO^2 N (CH^3) ^{2}) détermine souvent de profondes modifications d'activité : ainsi la thiopropérazine apparaît de loin la plus active des composés pipérazinés. Cette exaltation d'activité se retrouve chez les thioxantènes où le chlorprotixène (Taractan) est un composé faible et le thiothixène un neuroleptique actif.

Il arrive même que le substituant sulfamidé modifie les propriétés venant de la structure de la chaîne latérale : c'est le cas de la *pipothiazine.* Composé pipéridiné, on s-attendrait à une activité modérée et peu d'effets secondaires comme pour la thioridazine (Mellaril) ou la propériciazine (Neuleptil). En fait ses propriétés se rapprochent davantage de celles des composés pipérazinés.

Le rappel historique que nous avons fait nous a montré que d'une famille chimique à l'autre ont pu apparaître des propriétés différentes. Nous savons aussi qu'à l'intérieur d'une même famille les différences structurales correspondent à des activités différentes, ce qui ne permet pas une classification simple et claire. Ce qui nous amène à considérer les classifications pharmacocliniques.

3. TYPOLOGIES ET CLASSITICATIONS PHARMACO-CLINIQUES

Il convient ici de ne pas confondre typologies et classifications, les premières devant théoriquement servir à établir les secondes. Nous verrons que ce n'est pas facile.

A. *Typologies.* — Une première esquisse est représentée par le tableau que nous avons présenté en 1960 au Colloque sur les neuroleptiques et le système extrapyramidal. (Tableau 3).

Il prend en compte différents effets thérapeutiques et les effets secondaires neurologiques sous forme d'histogrammes théoriques. Les trois paramètres thérapeutiques correspondent aux effets sur l'excitation (y compris l'action antimaniaque), sur les délires et les hallucinations (effets antipsychotiques) et sur l'inertie (effet desinhibiteur). Il y avait une certaine témérité à figurer en regard des effets thérapeutiques des effets secondaires correspondants et c'est pourtant ce qui a été fait.

Une deuxième typologie a été proposée 12 ans après par Bobon et Coll. (1972). „L'étoile de Liège" compte 6 branches dont 4 pour les effets thérapeutiques et 2 pour les actions secondaires. La principale différence avec notre schéma réside dans la *non-concordance* entre les deux types d'effets, ce qui est sans doute prudent mais moins stimulant pour la recherche. (Tableau 4).

Soulignons que dans les deux typologies, la quantification est approximative et rend compte d'une évaluation globale empirique des actions des médicaments. Ajoutons aussi que ces typologies echappent aux americains si l'on excepte les travaux de Fink et Itil avec l'EEG quantitative.

B. *Classifications.*

1. On doit à Lambert et Revol la première classification des neuroleptiques (1960) qui eut un grand succès en raison de son efficacité didactique. (Tableau 5).

Il s'agissait comme on sait d'une classification *linéaire* permettant de classer les composés entre deux pôles : sédatif à gauche et „incisif" à droite.

A propos de cette classification une mémorable discussion eut lieu à Lyon. Outre que nous avons critiqué le terme „d'incisif" comme étant ambigu, nous avons noté que la classification linéaire ne rendait pas un compte exact de la multipilicité des actions thérapeutiques des agents. Ainsi l'halopéridol classé à l'extrême droite comme incisif (ou si l'on veut antipsychotique) est remarquablement efficace comme antimaniaque, peut-être à l'égal de la levomépromazine pourtant classée très „à gauche".

2. C'est alors que mon ami Pichot proposa une solution ingénieuse et rigoureuse. Il s'agissait de positionner chaque composé dans l'espace à 3 dimensions par rapport à 3 plans rectangulaires (trièdre) qui permettaient de rendre compte de 3 types de propriétés ; par exemple : sédatives, antipsychotiques, et desinhibitrices. Théoriquement la multiplication des plans aurait permis de prendre en compte d'autres types d'activité. Nous y reviendrons à propos des méthodes statistiques modernes. Mais cette classification logiquement satisfaisante n'eut pas beaucoup d'impact didactique tant l'étudiant — ou le praticien — sont peu préparés à situer „dans l'espace" les médicaments qu'ils seront amenés à utiliser.

3. Par la suite, avec Ginestet nous sommes revenus à une classification linéaire qui excluait l'effet incisif (ou antipsychotique) considéré comme commun au groupe des neuroleptiques. (Tableau 6).

L'axe bipolaire opposait l'effet sédatif et l'effet desinhibiteur qui peuvent en effet être regardés comme opposés. Dans cette classification on distingue 4 groupes d'agents : en haut les sédatifs, en bas les desinhibiteurs. Entre eux se situent 2 groupes médians : les neuroleptiques „moyens" et les neuroleptiques „polyvalents" qui ont des effets bipolaires mais d'intensité très différente. Il ne nous a pas été possible de rendre compte, dans le plan, de cette différence d'activité pourtant très importante. Ici encore nous avons fait intervenir — perseverare diabolicum — les effets secondaires qui nous paraissent toujours avoir des corrélations avec certains effets thérapeutiques.

C. *Classification structure-activité.*

Mais il faut bien reconnaître qu'en s'allongeant la liste des neuroleptiques ne facilitait pas l'intégration des groupements chimiques dans les différents types de médicaments. (Tableau 7).

Dans chaque famille chimique, la multiplication des composés disponibles tend à faire „éclater" cette famille entre différentes catégories pharmacocliniques. On touche ici au problème des limites d'efficacité des classifications de type classique.

4. LIMITES D'EFFICACITE DES CLASSIFICATIONS

1. On vient de voir que les interpénétrations des classifications chimiques et pharmacocliniques se font aux dépens de la simplificité et de la clarté, donc de l'efficacité de l'instrument proposé au prescripteur. Lorsqu'on dispose de suffisamment de composés dans chaque famille chimique, on peut classer ceux-ci dans les 4 groupes de la classification proposée ci-dessus : mais alors on est embarrassé par la juxtaposition des tableaux „par famille" qu'on ne sait plus comment agencer les uns par rapport aux autres.

2. Une autre limite nous est imposée par „la 4e dimension", je veux parler du facteur *temps*. En effet, la dynamique des neuroleptiques évolue considérablement selon qu'on considère leurs actions initiales, ou bien des cures de quelques semaines à quelques mois, et enfin des traitements d'entretien prolongés voire perpétuels.

Ainsi que Lôo et Zarifian l'ont bien souligné dans leur beau rapport de 1977 : „La plupart des études sur les neuroleptiques prend en compte des *symptômes aigus* et des *durées de traitement relativement brèves*. Si l'action sédative sur l'agitation est facile à observer, l'action régulatrice sur l'inhibition motrice demande plus de temps à s'objectiver... Cette remarque se base en partie sur les résultats des auteurs qui ont observé des malades sur des périodes supérieures à un an ; ils constatent alors une action desinhibitrice des phénothiazines sédatives (Cole) ou l'absence de différence entre les neuroleptiques réputés incisifs ou sédatifs".

La question qui est ici posée est de savoir si le choix initial de tel ou tel agent thérapeutique en fonction des effets attendus demeure valable avec la prolongation de la cure, ou bien si les médicaments deviennent plus ou moins interchangeables. Tous ceux qui ont l'expérience des traitements très prolongés, notamment avec les composés retard, savent qu'à la longue les „profils" des différents types de médicaments tendent tous à s'estomper puis à se confondre. Après tout ce n'est pas surprenant s'agissant d'une classe de médicaments remarquablement homogène. De nombreux facteurs peuvent d'ailleurs intervenir dans cette évolution vers la „dédifférentiation" : ce sont notamment la réduction des doses, l'usage de composés multiples, celui des correcteurs, sans parler de la probabilité de processus biochimiques et neuronaux que nous ignorons encore.

Quoiqu'il en soit, le problème demeure de savoir si la classification des neuroleptiques en fonction de leurs effets à court et à moyen terme demeure valable pour de longues durées. Ce problème a une très grande importance pratique et mérite donc de nouvelles recherches associant cliniciens, pharmacologues, et biochimistes.

A cet égard on doit remarquer que les études comparatives et *contrôlées* n'ont généralement pas été programmées pour comparer des médicaments de types opposés que les américains distinguent d'ailleurs mal-mais portent sur des produits voisins ou sur des médicaments nouveaux comparés aux anciens.

Les recherches actuelles sur les *dyskinésies tardives* des neuroleptiques devraient permettre de préciser si les composés sédatifs et moyens d'un côté, desinhibiteurs et polpvalents de l'autre, fournissent des incidences différentes d'effets secondaires. Mais on sait qu'elles surviennent surtout chez des malades „polymédiqués".

3. Dans son principe notre classification bipolaire (sédatifs-desinhibiteurs) implique que les groupes intermédiaires de composés possèdent la double polarité. Les typologies que nous avons passées en revue comportent pour chaque agent, différentes activités parfois contradictoires. Or on sait que les activités peuvent varier en fonction *des dosages* et des *durées d'utilisation* des médicaments.

Schématiquement on pourrait dire que les faibles doses (crises hyperkinétiques précoces) et les traitements prolongés engendrent à la fois des hyperkinésies et des effets de desinhibition. A l'inverse les fortes doses (somnolence initiale) et les cures courtes ou moyennes peuvent correspondre à des actions sédatives. En réalité on sait maintenant que ces activités diverses sont explicables par le déroulement de processus biochimiques au niveau de certaines structures spécialisées.

4. Précisément la question se pose, de savoir si les progrès dans la connaissance des modes d'action biochimiques des neuroleptiques pourraient conduire à l'établissement d'une classification fonctionnelle. Nous ne le pensons pas. Si l'on se place du point de vue des neurotransmetteurs intéressés, on peut dire que les similitudes (blocage des récepteurs dopamineragiques) l'emportent sur les particularités (réserpine). Si l'on considère les structures spécialisées, on peut dire que rares sont les composés qui agissent spécifiquement soit sur le système nigro-strie, soit sur les structures mésolimbiques. A notre avis les progrès de la neurochimie permettront de mieux comprendre l'action des neuroleptiques en fonction de la marche du temps : blocages de récepteurs électifs, hyperactivité présynatique compensatrice, voire lésions neuronales entraînées par les déséquilibres biochimiques.

Il restera alors à déterminer à quel stade du processus biochimique on doit „photographier" le profil des composés en vue de leur classement.

5. VERS LES CLASSIFICATIONS „AUTOMATIQUES"

Nous serons tous d'accord pour penser qu'une classification idéale serait représentée par celle qui intègre le plus grand nombre de paramètres et qui rend des réponses claires en évitant autant que possible de faire appel à des notions théoriques et doctrinales. Aujourd'hui l'utilisation de l'informatique pour l'exploitation statistique de „banques de données" concernant les différents composés disponibles peut répondre à cette définition. A partir d'une „saisie" correcte des données elle permet d'aboutir à des modes de classification „automatiques" qui éliminent tout à priori et tout „coup de pouce" destiné à faire cadrer les faits avec la théorisation.

Sans doute les groupements fournis par la machine ne sont-ils pas faciles à interpreter si l'on n'est pas spécialiste. En revanche il est possible d'obtenir des réponses en clair par l'intermédiaire d'un terminal d'ordinateur, lequel indiquera la liste des composés, en fonction des caractéristiques demandées ou des effets à éviter. On pourra ainsi mieux évaluer les composés superposables et les zones de spectres laissés plus ou moins vides, donc accessibles à de nouvelle recherches.

Depuis plusieurs années un groupe de recherche du Service dirigé par Mme Poirier travaille sur ces questions avec les ingénieurs de la Chaire de statistique de l'Ecole Centrale (Prof. Clément). Jusqu'à présent, seules les données pharmacocliniques ont été mises en mémoire. Une nouvelle étape de la recherche commence avec l'étude des corrélations structurales chimiques.

Après différentes études préliminaires, la méthode statistique choisie a été celle de *l'analyse des correspondances*. Les caractéristiques pharmaco-toxicologiques et cliniques de 111 agents psychotropes ont été enregistrées ; 34 neuroleptiques en faisaient partie. Les résultats de ce travail statistique aboutissent à représenter sous forme de „nuages de points" l'ensemble des médicaments et l'ensemble de leurs propriétés obtenues à partir de la littérature scientifique disponible, avec pondération selon les avis divergeants. Il est possible de projeter ces nuages de points sur des axes tous perpendiculaires entre eux et qui représentent une part des informations, le 1er axe portant le maximum d'informations. (Tableau 8).

Parmi les 34 neuroleptiques étudiés, 8 ont dû être éliminés du fait d'une description insuffisante. Si l'on considère les 26 composés restant, on constate que dès le plan des axes 1 et 2, le groupe des neuroleptiques est nettement individualisé par rapport aux autres psychotropes.

En effet l'axe 1 oppose 2 groupes de variables, caractéristiques de deux groupes de médicaments : l'un est défini par les psychoanaleptiques et leurs propriétés ; à l'opposé le 2e nuage est caractérisé par les activités sédatives, antipsychotiques et desinhibitrices, propriétés particulières aux neuroleptiques qu'on retrouve sur cette portion de l'axe 1. Les neuroleptiques sont divisés en deux sous-groupes par l'axe 2, selon qu'ils présentent ou non une action desinhibitrice marquée. *Un nuage* de 6 neuroleptiques *très sédatifs* (et peu ou pas desinhibiteurs) est bien individualisé sur la portion négative de l'axe 2. Les autres neuroleptiques sont assez bien groupés, leur projection étant modulée à la fois par les trois types d'activités principales (sédative, antipsychotique, et desinhibitrice).

Nous devons noter la position „excentrique" de la *carpipramine* qui est justifiée par ses propriétés originales. Quant à la position du sulpiride, elle résulte de la grande dispersion des avis des auteurs sur ces médicaments.

La première étude globale des 111 psychotropes ne permet pas d'analyser plus en détail le groupe des neuroleptiques. La poursuite de notre travail va consister dans une étude plus fine de ce groupe au moyen de l'analyse des correspondances. Après quoi notre centre pourra commencer de répondre aux interrogations des prescripteurs portant sur les propriétés des médicaments disponibles et sur leurs effets adverses.

Mais surtout l'intégration des données pharmacocliniques aux données provenant de la structure chimique — y compris de la stéréochimie — laisse présager la découverte de nouvelles structures d'activités prévisibles. Enfin l'intégration des données biochimiques, de plus en plus nombreuses et précises permettra de combiner toutes les variables connues.

6. CONCLUSIONS

1. Une première conclusion découle pour nous de cette petite revue : elle concerne la *spécificité* qui s'attache à la définition des neuroleptiques et à *l'unicité* cohérente de ce groupe tant au point de vue pharmacoclinique, que neurochimique. Il est vrai que cette évidence n'a pas encore convaincu l'ensemble des auteurs américains dont certains sont réticents à admettre les effets secondaires dans la définition d'un type de médicament. Après avoir proposé l'appellation de „tranquillisants majeurs“ ce qui ne faisait qu'entretenir une ambigüité avec les autres tranquillisants, on parle maintenant „d'antipsychotiques“ ce qui est à la fois trop général et trop imprécis.

2. Si l'on admet la spécificité et l'unicité de groupe de neuroleptiques, il est parfaitement logique d'essayer d'y introduire une typologie et une classification qui rendent compte des *différences* des agents au sein du groupe. Nous avons vu qu'on peut imaginer une classification chimique et d'autre part une classification pharmacoclinique, l'une et l'autre assez sommaires il est vrai. *L'intégration* de ces deux classifications n'est pas facile : si on dispose d'assez de composés dans une même famille chimique, on peut y introduire un classement suivant les propriétés pharmacocliniques. Mais dans ce cas l'originalité du groupement chimique tend à disparaître.

3. Or, justement, il y a là une lacune importante. Non seulement en termes de classification, mais en raison de la *réactivité différente* de cas de diagnostic analogue, suivant le médicament utilisé. Or cette réactivité propre de cas analogues est importante à considérer dans la perspective de *l'aide à la prescription.* Le témoignage d'un spécialiste qui a vu naître tant de composés nouveaux et qui les a vu utiliser pourrait se résumer en ceci : avec chaque composé original, avec chaque famille nouvelle et même avec des médicaments identiques sous forme de composé d'action prolongée, on a observé des progrés dans les cas individuels. A chaque novation des malades hospitalisés depuis longtemps ont pu sortir, des psychoses mal contrôlées ont été mieux contrôlées, la qualité des résultats a progressé. Et ceci est vrai non seulement pour les neuroleptiques pris isolement, mais pour certaines associations soit entre neuroleptiques, soit avec d'autres antipsychotiques comme les antidépresseurs ou les sels de lithium.

4. Si l'on veut prendre en compte la totalité des données disponibles, force est de penser à des procédures de classification assez complexes pour intégrer les différentes sortes de données : structurales, pharmacologiques, biochimiques et cliniques avec leur évaluation quantitative. Mais si l'on veut traduire en termes clairs et pratiques le résultat de ce travail, on est obligé de recourir à des procédés de *classification automatique* par ordinateur comme celui que nous avons évoqué.

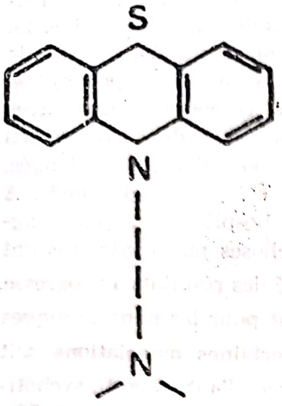
5. Mais il faudra *constamment surveiller* les banques de données, non seulement pour les mettre à jour et pour „pondérer“ les resultats quantitatifs en fonction de leur signification pour le thérapeute. L'histoire des neuroleptiques depuis plus de 25 ans nous a habitué à suffisamment de rebondissements pour que nous attendions la suite avec autant d'intérêt que de vigilance de la part du clinicien.

(Tableau 1)

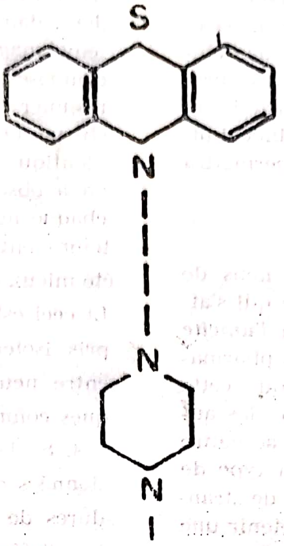
A. TRICYCLIQUES	1. PHENOTHIAZINES — Aliphatiques : Clorpromazine, etc. — Pipéridinées : Thioridazine, etc. — Pipéridinées : Thiopropérazine, etc. 2. THIOXANTHENES : Thiothixène, Flupentixol, etc. 3. DIBENZO-THIAZEPINES : Clotiapine, etc. 4. DIBENZO-OXAZEPINES : Loxapine, etc.
B. INDOLIQUES	5. RESERPINIQUES : Réserpine, Tétrabénazines 6. INDOLIQUES : Molindone, oxypertine, etc.
C. BUTYROPHÉNONES ET DÉRIVÉS	7. BUTYROPHENONES : Halopéridol, dropéridol, etc. 8. DIPHENYPIPERIDINES : Pimozide, etc.
D. AMIDES	9. BENZAMIDES : Sulpiride, etc.
E. STR. COMPLEXES	10. CARPIPRAMINE et dérivés

CLASSEMENT CHIMIQUE DES NEUROLEPTIQUES

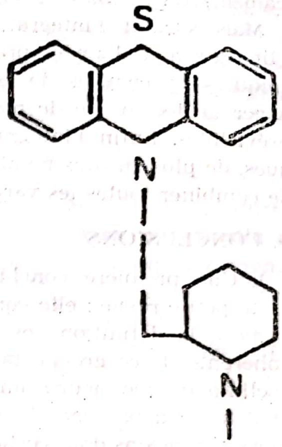
(Tableau 2)



1. Chaine latérale aliphatique au linéaire (Sédatifs).

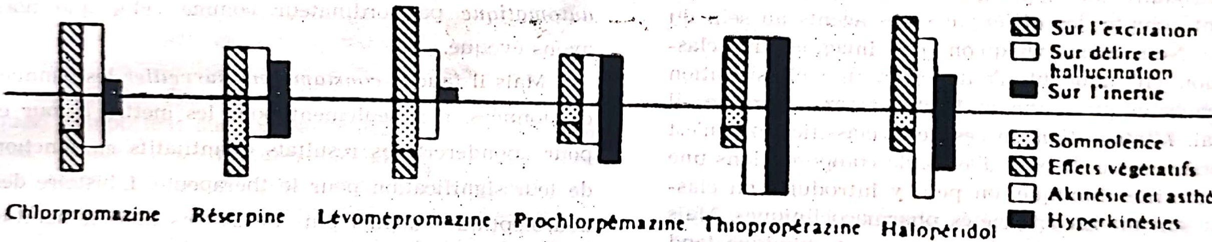


2. Chaine latérale à noyau pipérazinė.



3. Chaine latérale à niveau pipéridiné. (Moyens)

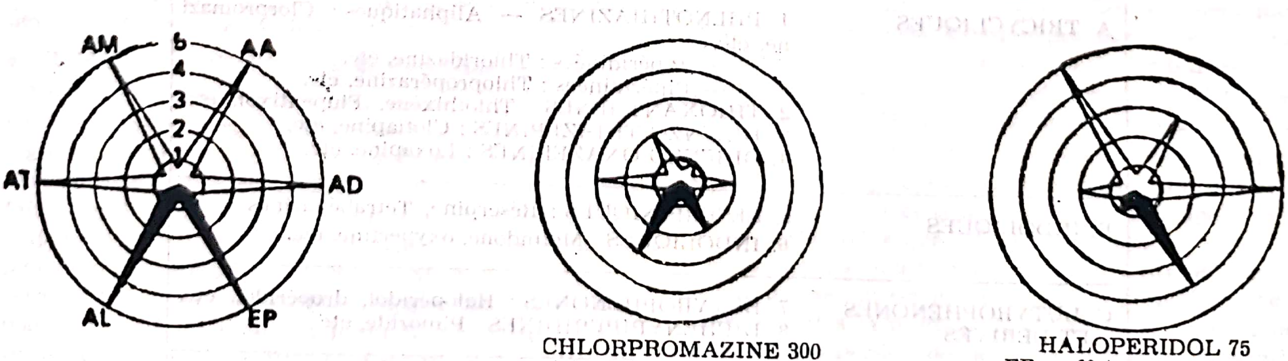
(Tableau 3)



(d'après Delay et Deniker Méthodes chimiothérapiques en Psychiatrie Masson, Edit., Paris, 1961).

Typologie de l'étoile de Liége

(Tableau 4)



CHLORPROMAZINE 300

HALOPERIDOL 75

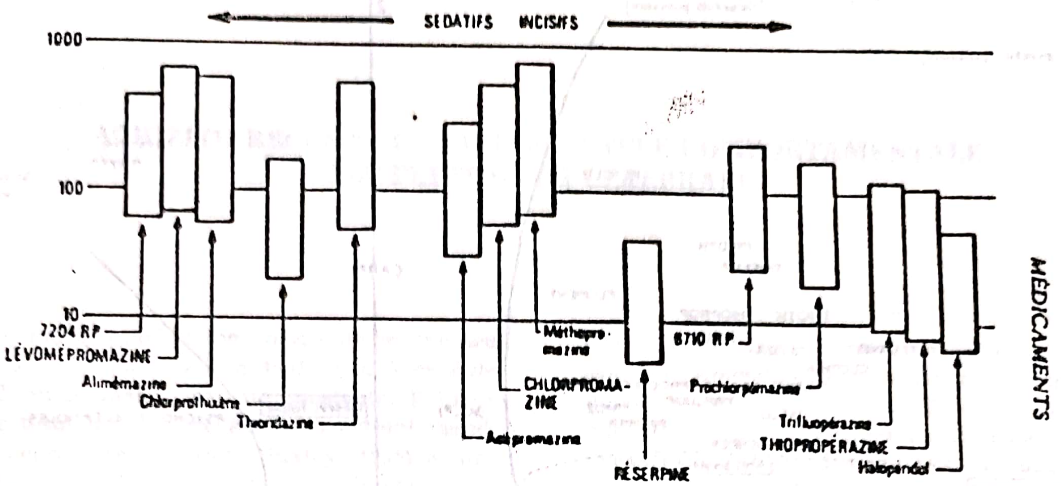
AT : effet ataraxique
AM : effet antimaniaque
AA : effet antiautistique
AD : effet antidélirant
EP : effet extra-piramidal
AL : effet adrenolytique

Doses indiquées Orale / par 24 heurés aduete 70 hg par voie injectable

(D'aprés I. Bobon, A. Pinchard, I. Collard et D. P. Bobon. Comprehensive Pspchiatry, 1972, 13, 2)

CLASSIFICATION DE LAMBERT ET REVOL

(Tableau 5)

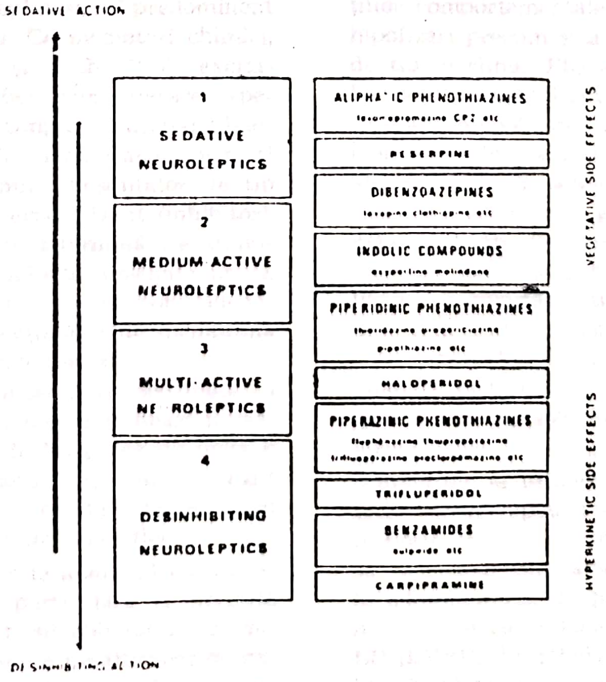


Nota : Les doses sont indiquées selon une échelle loga-rithmique et chaque produit occupe en hauteur une étendue qui correspond aux doses maximum et mini-mum journalières généralement prescrites en psychiatrie (ex. : la chlorpromazine entre 30 et 300 mg).

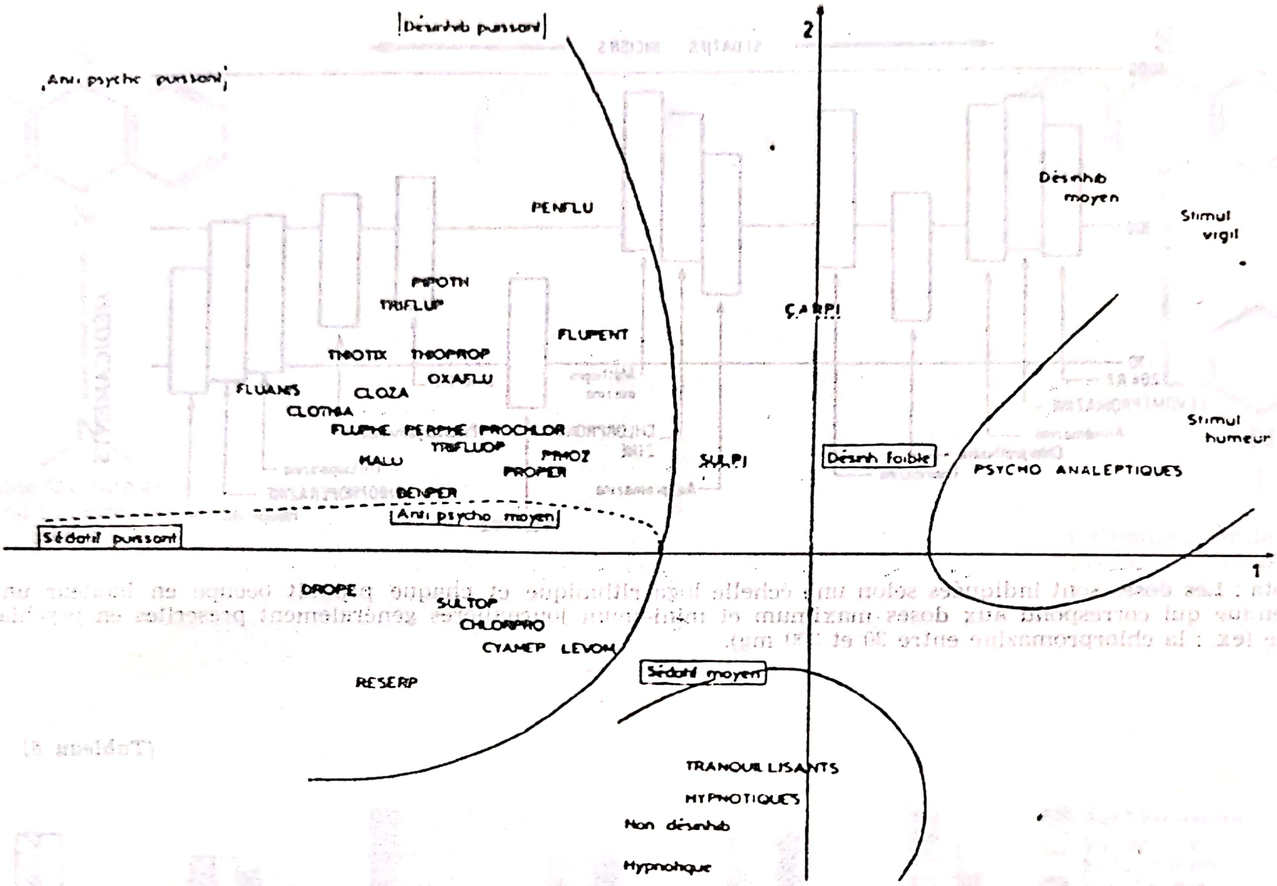
(Tableau 6)

CLASSIFICATION STRUCTURE—ACTIVE

(Tableau 7)


SEDATIVE ACTION
1
SEDATIVE NEUROLEPTICS
2
MEDIUM ACTIVE NEUROLEPTICS
3
MULTI-ACTIVE NEUROLEPTICS
4
DESINHIBITING NEUROLEPTICS
ALIPHATIC PHENOTHIAZINES
lévomépromazine CPZ etc
RESERPINE
DIBENZOAZEPINES
loxapine clothiapine etc
INDOLIC COMPOUNDS
oxypertine molindone
PIPERIDINIC PHENOTHIAZINES
thioridazine propericiazine
pipothiazine etc
HALOPERIDOL
PIPERAZINIC PHENOTHIAZINES
fluphénazine thiopropérazine
trifluopérazine prochlorpémazine etc
TRIFLUPERIDOL
BENZAMIDES
sulpiride etc
CARPIPRAMINE
VEGETATIVE SIDE EFFECTS
HYPERKINETIC SIDE EFFECTS
DESINHIBITING ACTION

(Tableau 8)


Désinhib puissant
2
Anti psycho puissant
PENFLU
Désinhib moyen
Stimul vigil
PIPOTH
TRIFLUP
FLUPENT
CARPI
THIOTIX
THIOPROP
OXAFLU
FLUANS
CLOZA
CLOTHIA
FLUPHE
PERPHE
PROCHLOR
TRIFLUOP
Stimul humeur
MALU
PIMOZ
PROPER
SULPI
Désinh faible
PSYCHO ANALEPTIQUES
BENPER
Anti psycho moyen
Sédatif puissant
1
DROPE
SULTOP
CHLORPRO
CYAMEP
LEVOM
RESERP
Sédatif moyen
TRANQUILLISANTS
HYPNOTIQUES
Non désinhib
Hypnotique

CLASSIFICATION „AUTOMATIQUE“ DES NEUROLEPTIQUES

ACHIZIȚII RECENTE PRIVIND EFECTELE COMPORTAMENTALE ALE PEPTIDELOR CEREBRALE

I. Haulică
— *Iași*

Existența unor peptide biologic active de origine neuronală este cunoscută încă din 1931, cînd Von Euler și Gaddum au semnalat prezența substanței P în extractele de țesut nervos, prevăzută cu acțiuni vasodilatoare și depresoare. Ulterior, Huxley (1935) a atras atenția asupra analogiei funcționale dintre factorii umorali ai transmiterii neuro-efectoare și hormoni ca transportori intercelulari de informații, iar Harris (1945) a extins denumirea de neurohormon de la hormonii complexului hipotalamo-hipofizar la mediatorii chimici simpatico-parasimpatici.

În afara peptidelor diencefalice implicate în reglarea secreției hipofizare de către hipotalamusul endocrin, un număr crescînd de neuropeptide își dispută în prezent candidatura la rolul de transmițători sau modulatori ai impulselor nervoase centrale. Dintre acestea fac parte atît peptidele formate în timpul proceselor de învățare și memorizare de tipul scotofobinului și conectinelor în general, cît și substanța P, enkefalinele și endorfinele participante la producerea și menținerea sensibilității dureroase normale. Numărul lor se ridică după Martin (1978) citat de Calne (1979) la 24.

Spre deosebire de acetilcolină, amine biogene și unii aminoacizi, care fac oficiul de neurotransmițători sinaptici, peptidele cerebrale îndeplinesc rol predominent de modulatori și neurohormoni. Ca mediatori chimici, primele modifică după Barker și colab. (1978), excitabilitatea membranei postsinaptice prin alterarea specifică a conductanței ionice, în timp ce neuromodulatorii nu pot schimba potențialul membranar prin ei înșiși, ci necesită prezența unui transmițător de tip depolarizant (activator) sau hiperpolarizant (inhibitor).

La rîndul lor, neurohormonii determină fie stimularea sau inhibarea eliberării unei alte substanțe active, ca în cazul factorilor eliberatori de hormoni adenohipofizari, fie modificarea potențialului de membrană indus de mediatorul chimic convențional.

Comunicarea neurohormonală poate fi asemănată cu informația radiodifuzată pe care o recepționează numai cei cu antena corect acordată la lungimea de undă a postului de emisie. Neurohormonii, deși sînt dispersați în lichidul extracelular, afectează excitabilitatea numai a neuronilor prevăzuți cu receptori specifici.

Neurotransmisia din contra, este analoagă cu o conversație telefonică, care este particulară și necesită cablu propriu. Neurotransmițătorul eliberat în intimitatea joncțiunii sinaptice transmite modificarea de excitabilitate de la nivelul terminației axonale la membrana postsinaptică. Continuînd analogia, Barker consideră neuromodulația ca o formă de control cîștigat impusă conversației private. Problema este desigur mult mai complexă, întrucît acelaș factor umoral poate îndeplini într-un nucleu cerebral rol de mediator chimic, iar la alt nivel se poate comporta ca neurohormon sau simplu modulator.

Avînd în vedere funcțiile multiple ale mediatorilor chimici, modulatorilor și neurohormonilor în creier, Barchas și colab., (1978) propun denuminea de neuroregulatori sinaptici.

Dopamina de exemplu, acționează ca transmițător chimic inhibitor în nucleul caudat (Cools și Van Rossum. 1976), dar devine neurohormon în hipotalamus, unde face oficiul de factor eliberator al prolactinei din hipofiza anterioară (Thorner, 1977).

Așadar, acelaș compus poate îndeplini mai multe funcții la nivelul complexelor rețelei interneuronale. Substanțele active care asigură comunicarea la nivelul rețelelor neuronale centrale se comportă ca un grup de actori angajați în transmiterea unor mesaje comune, deși îndeplinesc roluri diferite.

În cazul neuropeptidelor cerebrale, progrese mai importante s-au înregistrat deocamdată în domeniul funcțiilor comportamentale ale hormonilor hipotalamici și hipofizari precum și a peptidelor prevăzute cu acțiuni de tip morfinic. Efectele comportamentale ale neurohormonilor hipotalamici, eliberatori ai celor șapte trofine adenohipofizare, pot fi directe sau indirecte. Primele apar independent de proprietățile hipofizotrope ale acestora ; în schimb efectele indirecte depind de răspunsul secretor al glandelor țintă stimulat de trofinele hipofizare. Participarea hormonilor gonadali secretați sub influența gonadotrofinelor hipofizare, la realizarea comportamentului adecvat reproducerii este bine și demult cunoscută.

La rîndul lor, efectele directe ale hormonilor hipotalamici au fost urmărite fie asupra comportamentului spontan sau cîștigat, fie asupra unor răspunsuri induse farmacologic.

Referitor la influența neuropeptidelor hipofizotrope secretate de hipotalamus, asupra activității comportamentale spontane, Moss și Mc Cann (1975) au arătat că răspunsul copulator al șobolancei ovariectomizate la administrarea de progesteron și estrogeni poate fi înlocuit de către factorul hipotalamic de eliberare a LH (LHRH). La șobolanii masculi facilitarea răspunsului ejaculator apare mai puțin evidentă. La pacienții cu hipogonadism clinic de cauză hipotalamică sau hipofizară s-a constatat însă o evidentă creștere a dorinței de împerechere și potenței în primele 7—14 zile după începerea tratamentului cu 500 μg de LHRH subcutan la fiecare 8 ore (Martiner și colab., 1974).

Efecte asemănătoare au fost obținute cu hormonul ß—lipotrop și unele fragmente de ACTH similare cu ale beta — MSH-ului, cărora Feerrari și colab. (1973) le-a descris proprietăți neurostimulante și erectile, independente de hormonii hipofizari, adrenali și gonadali.

În cazul fragmentului ACTH$_{4-10}$ lipsit de acțiuni adrenocorticotrope, s-a constatat că aceasta îmbunătățește răspunsul condiționat de evitare la animalul hipofizectomizat și favorizează atît comportamentul sexual cît și copulația la șobolan (Meyerson și colab., 1976).

În comparație cu efectele de durată relativ scurtă ale ACTH-ului acțiunile neurostimulante ale lizin-vasopresinei (LVP) sînt mai puternice și de lungă durată. La șobolanii cu diabet insipid ereditar, incapabili să sintetizeze vasopresină la nivelul nucleului supraoptic din hipotalamusul anterior, s-a constatat pierderea capacității de învățare și fixare a unui reflex condiționat de evitare. O singură injecție subcutanată de vasopresină este suficientă pentru a restabili performanțele normale de memorizare și învățare a animalului (Van Wimersma și colab., 1975). Plecînd de la astfel de date, Sandman și Kastin (1977) au studiat efectele unor peptide înrudite cu ACTH-ul și vasopresina asupra activității mentale umane, constatînd o creștere a atenției selective. Îmbunătățirea testelor de atenție și orientare, dublată de scăderea semnificativă a anxietății s-a constatat atît la subiecții normali cît și la întîrziații mintali după administrare repetată de MSH singur sau asociat cu fracția de ACTH$_{4-10}$ (Miller și colab., 1976). Mecanismul extrahipofizar de producere a efectelor neurostimulante ale ACTH, MSH și vasopresiunei este necunoscut încă.

Contrar acestor peptide, factorul de eliberare a hormonului tireotrop (TRH) influențează procesele nervoase centrale prin mecanismul stimulării neuronilor dopaminergici din creier (Plotnikoff și Kastin, 1977). Efectele obținute nu sînt specifice TRH, ci au fost reproduse cu ajutorul și a factorului inhibitor al eliberării hormonului melanocitostimulator (MIF). Folosirea lor în boala lui Parkinson și depresiunea endogenă s-a soldat cu unele rezultate încurajatoare. Astfel, Prange (1974) a obținut ameliorarea simptomelor de depresiune pentru o perioadă de cîteva zile după administrarea intravenoasă a 600 ug TRH. Rezultate similare au fost înregistrate în boala lui Parkinson prin tratament cu MIF singur sau asociat cu DOPA.

Kastin și Barbeu (1972) au precizat că MIF scade tremurul și rigiditatea, reducînd în cazul asocierii cu levo-DOPA, diskinezia indusă de unele droguri ca oxitremoriuul. În general, MIF s-a dovedit mai activ decît TRH, deși ambii peptizi hipotalamici au structură tripeptidică.

Diferite teste de performanță, privind atenția și învățarea au fost influențate pozitiv de MIF și însăși amnezia produsă de puromicină (inhibitor al sintezei de peptide cerebrale) s-a ameliorat în prezența acestuia (Walter și colab., 1978). Efectele neurostimulante ale MIF nu se datoresc afectării mediației colinergice, adrenergice sau serotoninergice centrale, ci par a avea la bază simpla creștere a sensibilității receptorilor dopaminergici din creier (Kostrzewa și colab., 1978).

În cazul TRH-ului, care a fost găsit în numeroase structuri nervoase extrahipotalamice (Brownstein și colab., 1974), i s-au descris proprietăți antideprimante în intoxicația alcoolică și barbiturică (Bissette și colab., 1976), mediate prin mecanisme colinergice centrale.

Contrar acestora, somatostatinul potențează sedarea și hipotermia indusă de barbiturice și inhibă convulsiile strieninice (Brown și Vale, 1975). În favoarea influențării excitabilității neuronale centrale de către peptidele hipotalamice și hipofizare pledează și cercetările electrofiziologice din ultimii ani.

Contrar vasopresinei, injectările microiontoforetice de TRH inhibă descărcările neuronale din scoarța cerebrală și hipotalamus (Barker, 1976).

De o atenție deosebită se bucură în ultimul timp, pentapeptidele opium-like, de tipul enkefalinelor și endorfinelor cerebrale. Descoperirea lor în creierul mamiferelor de către Hughes și Kosterlitz (1975) pe de o parte, Terenius și Waldström (1975) pe de alta, constituie un mare pas înainte, în direcția descifrării mecanismelor neurochimice de producere a senzației dureroase și a tulburărilor comportamentale din anumite boli psihice.

Ca inhibitori ai impulselor nociceptive centrale, enkefalinele și endorfinele par a îndeplini rol de veritabile morfine proprii creierului animal și uman. Conținutul LCR în endorfine apare scăzut în sindromul dureros talamic, iar acupunctura realizează efecte analgetice prin intermediul secreției crescute de peptide opium-like cerebrale (Chang Hsiang-Tung, 1978).

În afară de analgezie, rezultatele promițătoare au obținut Pomerantz și colab. (1978) în tratamentul morfinomanilor prin eliberare crescută de endorfine endogene sub influența acupuncturii. Disociind efectele analgetice de cele comportamentale, într-un studiu recent, Kastin și colab. (1979) descriu proprietăți comportamentale ale enkefalinelor și endorfinelor mai puternice chiar decît cele anagetice.

Injectarea periferică sau intraventriculară de D-ala$_2$-enkefalin—NH$_2$ îmbunătățește performanțele unui test de evitare la doze inferioare celor analgetice. În acord cu aceste rezultate, Panksepp și colab. (1978) au obținut efecte activante asupra testului de discriminare și identificare a hranei la păsări, neinfluențate de naloxon. O doză echimolară de beta-endorfină exercită un efect stimulant mai slab, independent însă de acțiunea analgetică de tip morfinic. În doze mari, beta-endorfina provoacă, ca și morfina, o stare catatonică, inversată de antagoniștii morfinici (Bloom și colab., 1976). Această stare se însoțește de întreruperea oricărui contact cu mediul înconjurător, similară cu cea întîlnită în unele boli neuropsihice. La doze mici. cvasifiziologice, comportamentul socio-sexual al animalelor castrate este diferit influențat de beta-endorfină.

În timp ce comportamentul sexual apare deprimat, cel de convețuire este ameliorat (Meyerson, 1979).

La rîndul său, gama-endorfina creşte, ca şi alfa-endorfina, intensitatea reacţiilor emoţionale şi performanţele testului de evitare la şobolan (De Wied şi colab., 1978).

Folosind un analog structural al gama-endorfinei, Verhoeven şi colab (1978) au obţinut ameliorarea simptomelor de schizofrenie la om.

Ideia că schizofrenia ar putea avea la bază o supraproducţie de endorfine sau enkefaline normale ori anormale se sprijină pe următoarele fapte de observaţie :

— la animale, endorfinele în exces produc o stare catatonică (Bloom şi colab., 1976) ;

— antagonistul opioid, naloxonul poate îndepărta stările halucinatorii (Gunne şi colab., 1977) ;

— lichidul cefalorahidian conţine cantităţi crescute de endorfine (Terenius şi colab., 1976) ;

— dializatul obţinut de la schizofreni prezintă o leu-endorfină anormală (Palmour şi colab.. 1977).

Încercînd o reconciliere între diversele teorii şi concepte privind etiopatogenia schizofreniei, Horrobin (1979) consideră că acestea nu se exclud, ci reprezintă laturi diferite ale aceleaşi probleme. Teoriile şi conceptele care pun schizofrenia pe seama excesului de dopamină sau endorfină, ca şi cele care insistă asupra deficitului de prostaglandine, de zinc sau hormoni epifizari se completează în viziunea autorului sus citat.

Avînd în vedere că atît dopamina cît şi endorfinele şi pinealectomia reduc conţinutul în prostaglandine al creierului, nu este exclus după Horrobin (1979) ca principala cauză a schizofreniei să fie insuficienţa proceselor de formare şi acţiune a prostaglandinelor cerebrale din seria I, (PGE_1), realizată pe diferite căi, începînd cu vicierile genetice, hormonale sau alimentare şi sfîrşind cu alterarea reacţiilor imunitare. Hyperactivitatea sistemului imun la schizofreni pare a fi consecinţa deficitului de PGE_1 necesară funcţiei supresoare a limfocitelor T asupra activităţii limfocitelor B, anticorpoformatoare (Zurier şi colab., 1977).

Revenind la neuropeptidele implicate în menţinerea excitabilităţii nervoase centrale, un interes deosebit prezintă cercetările referitoare la distribuţia, acţiunile şi rolul fiziologic al substanţei P precum şi a sistemului izorenină-angiotensină din creierul mamiferelor, inclusiv uman.

Odată cu stabilirea structurii undecapeptidice a substanţei P, urmată de sinteza şi precizarea acţiunilor sale centrale şi periferice, (Leeman şi Mroz, 1974), s-au adus dovezi experimentale certe în sprijinul participării la transmiterea impulselor senzoriale cerebro-spinale. După Juan şi Lembeck (1974), substanţa P este cel mai puternic excitant al aferenţelor senzoriale, generatoare a senzaţiei de durere. Ea determină descărcări intense la nivelul filetelor terminale ale neuronilor senzitivi implicaţi, în producerea percepţiei dureroase (Cuello şi colab., 1976).

În favoarea rolului de mediator al descărcărilor nervoase senzoriale pledează şi eliberarea sa de la nivelul terminaţiilor aferente spinale (Juan şi Lembeck, 1974). Atît efectele depolarizante, puternic excitatoare, asupra filetelor terminale ale căilor senzitive cerebrospinale, cît şi prezenţa şi eliberarea substanţei P de la nivelul acestora, au dus la ipoteza rolului său de mediator chimic al durerii. Injectată intraventricular, substanţa P provoacă reacţii comportamentale la durere, rotaţie de partea opusă şi stare de agitaţie prelungită, blocate de endorfine şi opiaţi (Hosobuchi şi colab., 1977). O acţiune modulatoare activantă a neuronilor monoaminergici (secretori de dopamină, noradrenalină şi serotonină) din diencefal, striat, sistemul limbic, trunchi şi emisfere cerebrale a fost demonstrată de Magnusson şi colab. (1976), punînd sub semnul întrebării rolul unic, neurotransmiţător, al substanţei P. Împreună cu endorfinele, substanţa P participă la modularea mesajelor nociceptive cerebro-spinale, generatoare de durere şi reacţii comportamentale corespunzătoare.

Implicaţiile funcţionale, inclusiv comportamentale, ale sistemului izorenină-angiotensină din creierul şi glandele anexe vor fi expuse şi discutate într-o altă lucrare.

REFLECŢII ASUPRA INTERFERENŢELOR NEURO-PSIHIATRICE

Gh. Pendefunda, B. Pollingher
— *Iaşi*

Începuturile psihiatriei sau, mai bine zis, ale cunoştinţelor despre bolile mintale, se pierd în negura vremurilor, odată cu primele documente scrise lăsate de om, în urmă cu patru sau cinci milenii. Afecţiunile mintale erau atribuite unei posesiuni demoniace, iar metodele de tratament erau de ordin magico-religios. Cu toate acestea tabletele babiloniene şi papirusurile egiptene ne-au lăsat excelente observaţii şi descrieri amănunţite a numeroase boli mintale.

Medicina hipocratică şi mai tîrziu cea romană au marcat un important pas înainte, înlocuind explicaţiile magice, mitice şi religioase printr-o viziune raţională şi materialistă a naturii bolilor psihice, ceea ce a dus la umanizarea metodelor terapeutice şi la înlăturarea, cel puţin parţială, a mijloacelor coercitive.

Epoca medievală, dominată de principiile moralei creştine, de sterilitatea intelectuală a scolasticilor, de reîntoarcerea la demonologia preistorică, a dus la o ştergere a tradiţiilor materialiste şi a experienţei raţionaliste greco-romane. Manifestările psihopatologice au căpătat din nou explicaţii supranaturale iar metodele terapeutice au degenerat, ducînd la excese fără precedent, la stigmatizarea bolnavilor psihici, toate acestea în numele aceloraşi principii ale moralei creştine. În ultimele trei secole ale evului mediu practica exorcismului a cunoscut o nouă recrudescenţă. Represiunea sîngeroasă a așa zișilor posedați de către diavol a înglobat fără discernămînt pe eretici, vrăjitoare și bolnavi mintali.

Nu se poate vorbi de un reviriment al psihiatriei decît odată cu începuturile Renașterii, cînd setea de a ști și de a cunoaște a dus la importante progrese în domeniul anatomiei, al metodelor experimentale, al psihologiei. Numele lui Vesal, al lui Ambroise Paré, Paracels, Johann Weyer sînt legate de această glorioasă epocă în care, deși bătălia contra obscuratismului medieval nu a fost încă pe deplin cîștigată, totuși știința despre om considerat în totalitatea sa a căpătat un fundament solid, necesar progreselor ulterioare. Cu toate acestea psihiatria, deși recunoscută ca fiind o ramură a medicinei, a rămas multă vreme la periferia ei. Neexistînd încă bazele psihofiziologice care să permită o explicație materialist-organică a majorității tulburărilor mintale psihiatria nu își găsea locul în concepțiile dominante materialis-mecaniciste ale epocii. Teama unei posibile reintroduceri în știința medicală, prin intermedul psihiatriei, a vechilor concepții demonologice, a menținut în jurul ei o atmosferă de suspiciune, care a frînat elaborarea unor metode terapeutice mai evoluate, rolul psihiatrului limitîndu-se la supravegherea bolnavilor gravi, care continuau să aglomereze ospiciile în condiții inumane, maltratați, legați în lanțuri, lipsiți de orice îngrijiri medicale.

În ceea ce privește neurologia se pare că prima referință se află în papirusul Edwin Smith, datînd din jurul anului 1550 a.e.n. Este prezentată aici rigiditatea cefei și o primă descriere cunoscută a creierului ca „sediu al funcțiilor mintale“. Achiziții importante pentru morfologia și patologia sistemului nervos au fost aduse mult mai tîrziu de medicii Greciei și Romei antice, în special de Hipocrat, Hierofilus, Erasistratos, Celsus, Galenus. Realizările principale în dezvoltarea morfologiei sistemului nervos din perioada antichității au constat din diferențierea măduvei spinări de măduva osoasă, stabilirea legăturii nervilor cu măduva spinării și cu creierul, încercarea de a diferenția trunchiurile nervoase de tendoane, descrierea meningelor, a sinusurilor craniene, a ventriculilor și a comunicărilor dintre ele, a cortului cerebelului, precum și o descriere simplistă a formațiunilor ce leagă cele două emisfere. În ceea ce privește fiziologia nervoasă menționăm că medicul alexandrin Erasistratos a emis părerea că sufletul își are sediul în ventriculii cerebrali. Această părere eronată a fost acceptată de medicii evului mediu și impusă ca o axiomă pînă în a doua jumătate a secolului XVIII. Amintim de asemenea stabilirea legăturilor dintre mișcări și nervi (Hierofilus), precum și a faptului că leziunile creierului pot determina paralizii sau convulsi de partea opusă a corpului. Această importantă achiziție fiziologică nu a putut fi valorificată datorită diverselor ipoteze fanteziste asupra funcțiilor cerebrale, între care a dominat părerea că creierul este o glandă care acumulează și distribuie umiditatea în corp (Hipocrat).

Desigur că aceste date limitate asupra anatomiei și fiziologiei sistemului nervos nu au putut servi ca bază pentru explicarea manifestărilor clinice ale bolilor. Lipsa legăturilor cu celelalte științe ale naturii, utilizarea ca metodă principală de studiu a omului sănătos și bolnav a contemplării directe a redus patologia la descrierea unor manifestări exterioare ale bolilor și, în cazul afecțiunilor neurologice, la imposibilitatea corelării acestora cu interesarea sistemului nervos. Sînt citate ca excepții epilepsia, pe care Hipocrat a considerat-o ca o boală a creierului și traumatismele cranio-cerebrale, în cursul cărora au fost observate diverse paralizii și tulburări ale sensibilității. Cu toate lipsurile de care a dat dovadă medicina antichității, medicină care a avut un accentuat grad speculativ, totuși, orientarea ei materialistă, cu încercările de a lega, dar într-o manieră mecanicistă, funcțiile psihice de suportul lor material, a permis o primă apropiere a neurologiei de psihiatrie. Fără îndoială că noțiunea de specialitate, în sensul modern al cuvîntului, este cu totul inadecvată pentru epoca respectivă. Chiar și diferențierea medicinii de chirurgie nu s-a putut produce decît cu foarte multe secole mai tîrziu, odată cu apariția primelor universități italiene. Cel mult se poate admite că unii medici manifestau un interes special față de afecțiunile pe care astăzi le numim neurologice, iar alții se interesau mai mult de tulburările funcțiilor spirituale. Și unii și alții aveau prea puține cunoștințe despre funcțiile sistemului nervos și aproape deloc despre manifestările clinice ale leziunilor sale.

Și pentru neurologie ca și pentru psihiatrie și pentru știință în general, epoca medievală a însemnat nu numai o stagnare, ci un veritabil regres. Printre principalele cauze ce au contribuit la această situație au fost intoleranța religioasă, trecerea în clandestinitate a raționalismului, separarea psihicului de suportul său somatic, atmosfera de adînc obscurantism, ravagiile produse de foamete și de epidemii. Chiar dacă cunoștințele transmise de marile figuri medicale ale antichității s-au menținut, tendința de dogmatizare a acestora a devenit treptat o frînă în dezvoltarea științelor medicale.

Renașterea, care a dat semnalul unei orientări noi în concepțiile privind poziția omului față de realitate, a dat un puternic imbold studiilor ce au pregătit etapa ulterioară a adevăratei medicini științifice. Lucrările anatomice ale lui Vesal, Eustache, Fallope, Jean Fernel, Thomas Willis, Vieussens, Malpighi, Pacchioni au îmbogățit enorm cunoștințele despre sistemul nervos central și periferic, iar cercetările întreprinse de Sydenham, Morgagni, Wepfer și alții au dus la conturarea unor noi entități clinice. Metodele experimentale pe animale au cunoscut o largă dezvoltare pe tot parcursul secolului XVIII, totuși se consideră că fiziologia modernă a creierului și măduvei spinării și implicit neurologia științifică a început odată cu experiențele lui Charles Bell, Magendie, Flourens și Marshall Hall, în prima jumătate a secolului XIX. Bell și Magendie au diferențiat funcțional rădăcinile anterioare ale măduvei de cele posterioare, Flourens a pus bazele fiziologiei cerebelului, iar Marshall Hall a dezvoltat teoria acțiunii reflexe, sugerată cu două secole în urmă de René Descartes.

În domeniul psihiatriei Renașterea nu a adus schimbări importante în teoria și practica acesteia. Este de necontestat că umaniştii Renaşterii, avînd o viziune realistă şi concretă asupra lumii şi a naturii, inclusiv a naturii umane, au contribuit la dezvoltarea psihologiei, ceea ce indirect a însemnat o contribuţie şi la dezvoltarea psihiatriei. Dar magia şi superstiţiile au continuat să exercite o influenţă tot atît de puternică ca şi înainte; goana după vrăjitori şi posedaţi de diavol nu a încetat în tot cursul epocii renascentiste. Secolul XVII a cunoscut progrese considerabile în domeniul cunoaşterii ştiinţifice. Accentul principal a fost pus însă pe rolul raţiunii în înţelegerea şi dominarea lumii exterioare şi mult mai puţin pe cunoaşterea naturii umane. Bolile mintale erau socotite încă ca fiind determinate de cauze psihologice. Abia în secolul următor, datorită marilor progrese ale fizicii şi chimiei, datorită perfecţionării microscopului şi mai ales datorită dezvoltării spiritului de observaţie ştiinţifică, studiul structurii sistemului nervos se adînceşte mereu, permiţînd numeroase corelaţii anatomo-clinice. Interpretarea manifestărilor psiho-patologice a depăşit stadiul în care ele erau considerate ca fiind urmarea unor forţe misterioase introduse în corpul uman şi chiar studiul interpretării lor pe baze pur psihologice. Majoritatea psihiatrilor consideră bolile mintale ca tulburări interne ale individului, ca tulburări fiziologice. Apar numeroase clasificări ale bolilor mintale, dintre care trebuie menţionată în special cea a lui William Cullen, care a întrebuinţat prima oară termenul de nevroză. Toate aceste realizări au condus în mod firesc la schimbări fundamentale ale atitudinii societăţii faţă de bolnavii mintali, la o reformă a metodelor terapeutice. Printre primii care au tras semnalul acestor schimbări se află psihiatrul francez Pinel care, în 1793 la Bicêtre şi doi ani mai tîrziu la Salpêtrière, a eliberat bolnavii din lanţurile lor.

Optica nouă în modul de a privi bolile mintale, eliminarea concepţiilor demonologice şi interpretarea tulburărilor psihice ca tulburări ale funcţiilor creierului a dus la o reîntîlnire a psihiatriei cu neurologia, de astădată infinit mai trainică decît în antichitatea greco-romană.

La întărirea acestor interrelaţii au contribuit dealungul secolului XIX avîntul pe care l-au luat cercetările morfologice, apariţia teoriei celulare şi apoi a celei neuronale, adîncirea cercetărilor privind structura cerebrală şi în special citoarhitectonia cortexului, epocalele cercetări ale lui Pavlov şi ale şcolii sale privind reflexele condiţionate, primul şi al doilea sistem de semnalizare, nevrozele experimentale.

Nu este în intenţia noastră de a cita în continuare figurile marcante ce au strălucit pe firmamentul celor două discipline înrudite. De altfel, psihiatria şi neurologia au putut ajunge la dezvoltarea impetuoasă din ultima sută de ani datorită efortului conjugat a mii şi mii de cercetători pasionaţi, cei mai mulţi dintre ei rămaşi necunoscuţi. Ceea ce dorim să accentuăm este faptul că cei mai mulţi dintre marii neurologi şi psihiatri ai veacului trecut s-au interesat, chiar dacă nu în egală măsură, de ambele specialităţi. Cîteva exemple sînt edificatoare. Baillarger, unul dintre primii cercetători care s-au preocupat de citoarhitectonica corticală, a fost în acelaş timp neurolog şi psihiatru. Theodor Meynert, neurolog vienez, a dus mai departe cercetările citoarhitectonice şi, pe baza lor, a propus o clasificare sistematică a bolilor mintale. Karl Wernicke, unul din promotorii studiilor asupra afaziei, a studiat cu acelaş interes psihozele produse de unele boli infecţioase sau de agenţi toxici, cum ar fi morfina şi alcoolul. Auguste Forel, psihiatru, a adus contribuţii importante la cunoaşterea structurii trunchiului cerebral. Jean Marie Charcot, figura cea mai proeminentă a neurologiei secolului trecut, prin studiile sale asupra nevrozelor şi hipnozei, trebuie considerat drept creatorul psihopatologiei moderne. Joseph Déjerine, profesor de psihiatrie la Salpêtrière, a adus contribuţii excepţionale la anatomia şi clinica sistemului nervos. Hughlings Jackson, creatorul concepţiei asupra nivelelor de integrare, a contribuit la clarificarea multor probleme ale psihiatriei. De asemenea, personalităţile proeminente ale medicinii ruse, Korsakov, Behterev, Rossolimo, au excelat deopotrivă în ambele specialităţi. Şi astfel de exemple ar putea continua, arătînd cît de fructuoasă a fost pentru ambele discipline, în perioada consolidării lor, aceste strînse interrelaţii pe plan teoretic şi practic.

Graniţele dintre cele două specialităţi care îşi delimitau treptat sferele de influenţă au fost atît de fluctuante încît, pe bună dreptate, se poate vorbi de-a lungul întregului secol XIX de o adevărată „neuropsihiatrie“.

Progresele revoluţionare ale biofizicii şi biochimiei, ale biologiei, bacteriologiei, morfopatologiei şi chirurgiei experimentale, mai ales în a doua jumătate a secolului, au făcut posibilă stabilirea unor relaţii etiologice între leziunile toxi-infecţioase, vasculare sau degenerative ale creierului şi unele boli mintale. Paralizia generală, psihozele etilice, psihoza Korsakov, psihozele senile şi cele aterosclerotice s-au diferenţiat nosologic în această perioadă fertilă de apropiere între manifestările psihopatologice şi modificările morfofuncţionale ale sistemului nervos. Pe de altă parte, o serie de afecţiuni considerate pînă atunci de natură psihogenă şi din această cauză prost clasate din punct de vedere etiologic, cum ar fi boala lui Parkinson, coreea acută şi cronică, distoniile de torsiune, unele forme ale epilepsiei, sînt raportate etiologic la leziuni histopatologice precise, fiind dirijate treptat către versantul neurologic al neuropsihiatriei. Relaţiile de interpătrundere dintre neurologie şi psihiatrie s-au reflectat şi în faptul că, în foarte multe centre de învăţămînt superior, cele două discipline erau predate de la aceeaşi catedră, situaţie care, şi în prezent încă, mai persistă în unele universităţi. În acelaş timp însă, trebuie să facem menţiunea că psihiatria, ca disciplină de sine stătătoare, s-a individualizat în unele ţări înaintea neurologiei pe care a tutelat-o generos timp de cîteva decenii şi, pe de altă parte, că aceasta din urmă, în numeroase ţări, era predată în cadrul catedrelor de medicină internă.

Situaţia a fost oarecum asemănătoare şi în ţara noastră. La Bucureşti se înfiinţează în 1893 catedra de medicină legală şi psihiatrie, condusă de Alexandru Sutzu, catedră care se scindează în 1898, cînd apare prima catedră independentă de psihiatrie şi clinica bolilor mintale. În acelaş an se înfiinţează la Bucureşti şi prima catedră de neurologie din ţară, condusă de marele savant Gheorghe Marinescu. Pînă la această dată cunoştinţele de neurologie erau predate de profesorii de clinică medicală. La facultatea de medicină din Iaşi, începînd din 1895 Alexandru Brăescu predă în mod benevol cursuri de psihiatrie, continuate în 1906 de Panaite Zosin. Abia în 1910 catedra devine bugetară, iar în 1912 este preluată de C.I. Parhon sub denumirea de catedră de boale mintale şi nervoase. Sub conducerea acestui eminent om de ştiinţă este iniţiată şi dezvoltată o intensă activitate ştiinţifică. În 1934, cînd C.I. Parhon devine titularul catedrei de endocrinologie din Bucureşti, activitatea pe tărîmul neuropsihiatriei este continuată de Leon Ballif. În perioada postbelică cele două discipline s-au despărţit definitiv.

Asistăm deci, în ultimele decenii ale secolului trecut şi pe parcursul secolului nostru, la o dezvoltare impetuoasă a neurologiei şi psihiatriei. Fiecare din ele îşi îmbogăţeşte conţinutul teoretic şi practic pe seama achiziţiilor unor ramuri anexe dezvoltate în paralel : pentru neurologie — neuroanatomia, neurofiziologia, neuropsihologia, neurocibernetica, neurogenetica — pentru psihiatrie — psihofiziologia, psihopatologia, psihologia experimentală, psihoterapia.

În mod inevitabil, pe această traiectorie sinuoasă dar dialectic necesară, cele două specialităţi s-au delimitat tot mai mult, în special pe plan dialectic şi al practicii clinice. În această tendinţă de ultraspecializare rezidă şi germenele unei primejdii ce ameninţă ambele discipline şi anume, pentru fiecare din ele subestimarea necesităţii de a-şi însuşi cunoştinţele temeinice din această specialitate. În realitate niciodată nu se vor putea nega legăturile intime, structurale dintre cele două discipline, care, ambele, au drept obiect acelaş substrat — sistemul nervos. Chiar dacă semiologiile celor două specialităţi sînt complet diferite, chiar dacă diagnosticul neurologic este, înainte de toate, o problemă de localizare anatomică precisă, solicitînd practicianului un minuţios spirit de observaţie al micilor semne fizice, iar cel psihiatric în primul rînd o problemă de analiză psihologică, există numeroase situaţii în care cele două metode de investigaţie sînt necesare în aceeaşi măsură. Este cazul, de exemplu, pentru psihozele polinevritice, pentru demenţele organice, pentru bolile vasculare cerebrale, pentru sindroamele agnozice, afazice şi apraxice, pentru encefalite, coreea Huntington, degenerescenţele hepatolenticulare, epilepsie, nevroze şi multe altele.

Fără a avea cituşi de puţin intenţia de a nega necesitatea dezvoltării în continuare a neurologiei şi psihiatriei ca specialităţi de sine stătătoare, credem că relaţiile interdisciplinare trebuiesc întărite şi aprofundate, în special pentru domeniile de graniţă, ceea ce va lărgi orizontul practicienilor, va contribui la un diagnostic mai precis şi la o terapeutică mai diferenţiată.

The authors make a short review of the evolution of neurology parallel to that of psychiatry starting with antiquity, passing through the Middle Age, and the Renaissance until modern times.

Along this evolution the authors remark a sinusoidal trade of interrelations between the two disciplines. These interrelations became closer by the time passing in relation with the progress of knowledge on structure and physiology of the nervous system. The psychic functions receive a materialist-organic explanation allowing a correlation of psychopathologic manifestations to certain morpho-functional changes of the brain.

CERCETĂRI PRIVIND BIOSINTEZA ŞI ROLUL ANGIOTENSINEI ÎN CREIERUL MAMIFERELOR

I. Haulică, A. Stratone, Gh. Petrescu, V. Roşca
— *Iaşi*

Interesul teoretic şi practic suscitat de participarea posibilă a sistemului renină-angiotensină (SRA) la producerea hipertensiunii arteriale de cauză renală a generat studii clinico-experimentale minuţioase în ultimele două decenii asupra factorilor de reglare a biosintezei şi secreţiei de renină pe deoparte şi a diverselor proprietăţi fiziologice şi farmacologice ale angiotensinei rezultate pe de altăparte.

În mod cu totul schematic, reacţia enzimatică formatoare de angiotensină II activă constă, după cum se ştie, în transformarea angiotensinogenului alfa$_2$-globulic cu structură tetradecapeptidică în decapeptidul inactiv angiotensina I. Sub influenţa enzimei de conversie, angiotensina I pierde doi aminoacizi, dînd naştere octapeptidului activ, angiotensina II. Referitor la acţiunea angiotensinei II circulante, acestea sînt directe, periferice şi indirecte, centrale. Din prima categorie fac parte efectele vasoconstrictoare, cateholamineliberatoare şi puternic stimulatoare a secreţiei de aldosteron. La efectivele vasculare şi neuroendocrine periferice se adaugă reacţiile presoare centrale şi stimularea atît a ingestiei de apă cît şi a secreţiei de hormon antidiuretic (ADH) de către angiotensină, ca urmare a excitării unor nuclei hipotalamici. În ultimii 15 ani au apărut suficiente dovezi experimentale în favoarea existenţei unor surse extrarenale de renină formatoare de angiotensină, cum sînt cele din glandele submaxilare (Werle şi colab. 1968), complexul utero-placentar (Skinner şi colab., 1968), cord şi vase (Rosenthal şi colab., 1969) şi mai ales, ţesutul nervos cerebral (Fischer-Ferraro şi colab. 1971 ; Ganten şi colab. 1971). După Daniels-Severs (1973) creierul conţine toţi factorii necesari biosintezei de angiotensină. Cercetările privind semnificaţia funcţională a prezenței unei renine proprii diverselor țesuturi și organe fiind la început, în ultimii ani ne-am preocupat mai îndeaproape de sistemul renină-angiotensină de origine extrarenală, obținînd unele rezultate demne de semnalat. Deși modest, bilanțul acestor cercetări reține atenția prin aportul cognitiv adus la studiul sistemului intrinsec renină-angiotensină din creier și glandele anexe.

Cercetări personale.

Convinși fiind pe baza datelor din literatură și a experienței personale anterioare că renina plasmatică de origine renală reprezintă doar o parte a sistemului enzimatic generator de peptide presoare de tip angiotensinic, într-un prim moment s-au efectuat experimente de verificare privind existența în diferite țesuturi și organe a izoenzimelor reninei denumite convențional izorenine sau angiotensinogenaze (Ganten, 1976).

În acord cu rezultatele autorilor mai sus-menționați, o intensă activitate izoreninică a fost detectată la nivelul complexului utero-placentar, inimii, vaselor și țesutului nervos cerebral al mamiferelor (cîine, pisică, iepure și șobolan) bine frectomizate, pentru a îndepărta sursa renală de renină. Principala acțiune a izoreninelor dozate cu ajutorul micrometodei lui Boucher (1967) sau radioimunologic este, ca și în cazul reninei de origine renală, de a iniția formarea locală de angiotensină II activă cu participarea precursorului său alfa$_2$-globulinic și a enzimei de conversie.

Cercetînd în continuare distribuția corticosubcorticală a sistemului izorenină-angiotensină la diverse animale de laborator, am fost frapați de conținutul bogat în izorenină al complexului hipotalamo-hipofizar și îndeosebi al epifizei. În timp ce hipotalamusul și trunchiul cerebral conțin cantități duble de izorenină în comparație cu scoarța cerebrală, activitatea izoreninică a hipofizei și epifizei apare de 5 și respectiv 15 ori mai intensă decît a structurilor subcorticale de vecinătate (Haulică și colab., 1974—1975).

Prezența izoreninei formatoare de angiotensină în hipotalamus, hipofiză și epifiză fiind confirmată la animale și om atît în țară (Coculescu și colab., 1977) cît și în străinătate (Changaris și colab., 1976; Inagami și colab., 1978; Summy-Long și Severs, 1979; Phillips și colab., 1979 etc.), a ridicat în mod firesc problema semnificației sale funcționale în creierul și glandele sale anexe.

Datele experimentale de care dispunem pînă în prezent tind să demonstreze participarea sistemului intrinsec izorenină-angiotensină din creier la autoreglarea circulației locale și menținerea excitabilității neuronale. Spre deosebire de hipoxie și somn care scad conținutul în izorenină a structurilor nervoase cortico-subcorticale studiate (scoarță fronto-parietală, și trunchi cerebral) veghe prelungită crește activitatea izoreninică a acestora (Haulică și colab., 1977).

Injectată intraventricular sau administrată local la nivelul centrilor vasomotori bulbari în concentrații cvasfiziologice, angiotensina II sintetică (Hypertensin Ciba) provoacă reacții puternice presoare prin mecanismul stimulării structurilor simpaticoadrenergice centrale eliberatoare de cateholamine. O primă dovadă experimentală privind efectele presoare centrale ale angiotensinei a fost adusă de către Benetato, Haulică și colab. în 1964 cu ajutorul circulației încrucișate.

În modul acesta s-a ajuns la precizarea că proprietățile vasoconstrictoare ale sistemului renină-angiotensină se produc nu numai pe cale vasculară periferică, ci și prin intermediul formațiunilor simpatice centrale conținătoare de receptori specifici cu sensibilitate deosebită la angiotensină. Distrugerea electrică sau blocarea chimică a acestora suprimă dealtfel efectele presoare centrale ale angiotensinei.

La rîndul său, hiperosmoza realizată prin privațiune de apă sau administrare intravenoasă de NaCl 10% la șobolan provoacă creșterea eliberării de izorenină și formării de angiotensină la nivelul complexului hipotalamo-hipofizar (Tabel I), dublată de activarea ingestiei de apă (Fitzsimons, 1972) și secreției de hormon antidiuretic (Keil și colab., 1975).

La animalele cu diabet insipid ereditar (șobolani Brattleborro), conținutul în izorenină pare a fi crescut. Nu este exclus ca lipsa hormonului antidiuretic să fie supleată pînă la un punct de angiotensina formată local, ale cărei proprietăți dipsogene sînt în prezent unanim admise. Numeroși cercetători (Fitzsimons și colab., 1971; Epstein și colab. 1971—1972; Petrescu și colab., 1973; etc.) au demonstrat că atît renina cît și angiotensina administrată intracerebral provoacă efecte dipsogene și ADH-eliberatoare.

S-a precizat astfel că sistemul izorenină-angiotensină din creier participă pe cale dublă la reglarea hidro-electrolitică. Prin intermediul osmoreceptorilor organului subfornical și ai hipotalamusului anterior, angiotensina stimulează atît ingestia de apă cît și eliberarea de ADH în vederea activării proceselor de resorbție tubulară și reținerii acesteia în organism.

Referitor la semnificația funcțională a izoreninei din epifiză, studiată de noi atît in vivo la animale și om, cît și in vitro pe culturi de țesuturi, în colaborare cu colegii M. Coculescu, A. Ghinea și M. Oprescu de la Institutul de Endocrinologie din București, s-a constatat că aceasta este implicată în sinteza serotoninei, (Haulică și colab., 1980) ca precursor de hormoni indolici epifizari și prin intermediul acestora, în geneza ritmurilor biologice nictemerale (Haulică și colab., 1979).

Creșterea conținutului în izorenină al epifizei și țesutului nervos în timpul nopții la șobolan, animal cu activitate intensă nocturnă, urmată de scădere marcată diurnă, atrage atenția asupra participării posibile a angiotensinei rezultate la modificările neuro-endocrino-metabolice cunoscute din timpul stării de veghe și somn. Studiul variațiilor izoreninei din scoarță și trunchiul cerebral produse de veghea prelungită cu ajutorul para-clorofenilalaninei (Tabel II), inhibitor specific al sintezei de serotonină (Jouvet, 1972) pe de o parte și de somnul medicamentos pe de alta, a confirmat acest punct de vedere (Tabel III).

Participarea sistemului izorenină-angiotensină din creier și epifiză la producerea alternanței veghe-somn pare a fi mediată de veriga serotonică, a cărei biosinteză este activată de către angiotensina II sintetică (Hypertensin Ciba) atît la nivelul țesutului nervos cerebral cît şi în epifiză (Tabel IV).

Activînd formarea şi eliberarea serotoninei cerebrale, angiotensina favorizează sinteza de melatonină în epifiză ale cărei efecte anticorticotrope (Fraschini şi Motta, 1971), antitireotrope (Baschieri şi colab., 1963), atigonadotrope (Reiter şi Sorrentino, 1970), sedative (Marczynski şi colab., 1964), hipnotice (Barchas şi colab., 1967) şi anticonvulsivante (Anton-Tay şi colab., 1971) sînt cunoscute.

Prin acţiunile endocrine şi nervoase comportamentale de tip inhibitor, serotonina şi mai ales melatonina şi derivaţii săi indolici (5 hidroxitriptofol şi 5 — metoxitriptofol) induc epifizei proprietăţi frenatoare asupra complexului hipotalamo-hipofizar, cu rol de veritabil organ antistress. La realizarea acestora contribuie şi hormonii peptidici epifizari de tipul pinealinei şi arginin-vasotocinei descoperite şi amplu studiate de Milcu, Pavel, Damian, Nanu, Coculescu şi colaboratorii în cadrul Institutului de Endocrinologie din Bucureşti.

Rolul sistemului intrinsec izorenină-angiotensină pare a fi limitat în cazul epifizei la modularea sintezei de hormoni indolici necesar inhibării reacţiilor hipotalamo-adeno-hipofizare de tip ergotrop şi transformării lor în reacţii trofotrope adecvate restabilirii dezechilibrelor metabolice şi funcţionale din timpul diverselor forme de stress. Prin acţiunea stimulantă asupra ingestiei de apă şi secreţiei de ADH, angiotensina din creier completează proprietăţile antistress ale epifizei cu reacţii neuroendocrine de refacere a balanţei hidro-electrolitice la care participă complexul hipotalamo-retrohipo fizar.

Pe baza datelor experimentale obţinute pînă în prezent sîntem tentaţi a atribui sistemului izorenină-angiotensină din creierul şi glandele anexe ale mamiferelor următoarele două implicaţii fiziologice : a) — participă la modularea excitabilităţii neuronale prin mecanismul activării procesului de biosinteză a serotoninei în ţesutul nervos şi glandular cerebral, generator de hormoni indolici epifizari prevăzuţi cu proprietăţi neuroendocrine inhibitorii, de tip antistress ; b) — întregeşte prin efectele dipsogene, ADH-eliberatoare şi presoare centrale, acţiunile vasoconstrictoare, cateholamin şi aldosteronoeliberatoare periferice ale angiotensinei circulante, de origine renală.

Pe această dublă cale, sistemul renină-izorenină-angiotensină contribuie la reglarea tonusului vascular şi balanţei hidro-saline, comportîndu-se ca un veritabil sistem hormonal al homeostaziei circulatorii.

Tabel nr. 1

ACTIVITATEA RENINICA A CREIERULUI NORMAL PE ŞOBOLAN ŞI TRATAT CU NaCL 10%
(angiotensina ng/g ţesut/h)

Organ	Şobolani normali (+)	NaCl 10% i.v. (+)	
Scoarţă cerebrală	11,8 ± 2,8 (9) *	27,23 ± 5,2 (15)	0,04
Trunchi cerebral	22,3 ± 2,7 (9)	40,5 ± 6,8 (15)	0,04
Hipotalamus	20,0 ± 8,9 (24)	30,7 ± 5,9 (51)	0,04
Hipofiză	96,8 ± 21 (103) *	36,5 ± 13 (80)	0,005
Epifiză	325 ± 66 (76) *	144,5 ± 38 (80) *	0,005

+ — Media valorii standard.
* — semnificaţia diferenţei între conţinutul glandular şi cerebral p 0,005.
( ) — număr de animale.

Tabel nr. 2

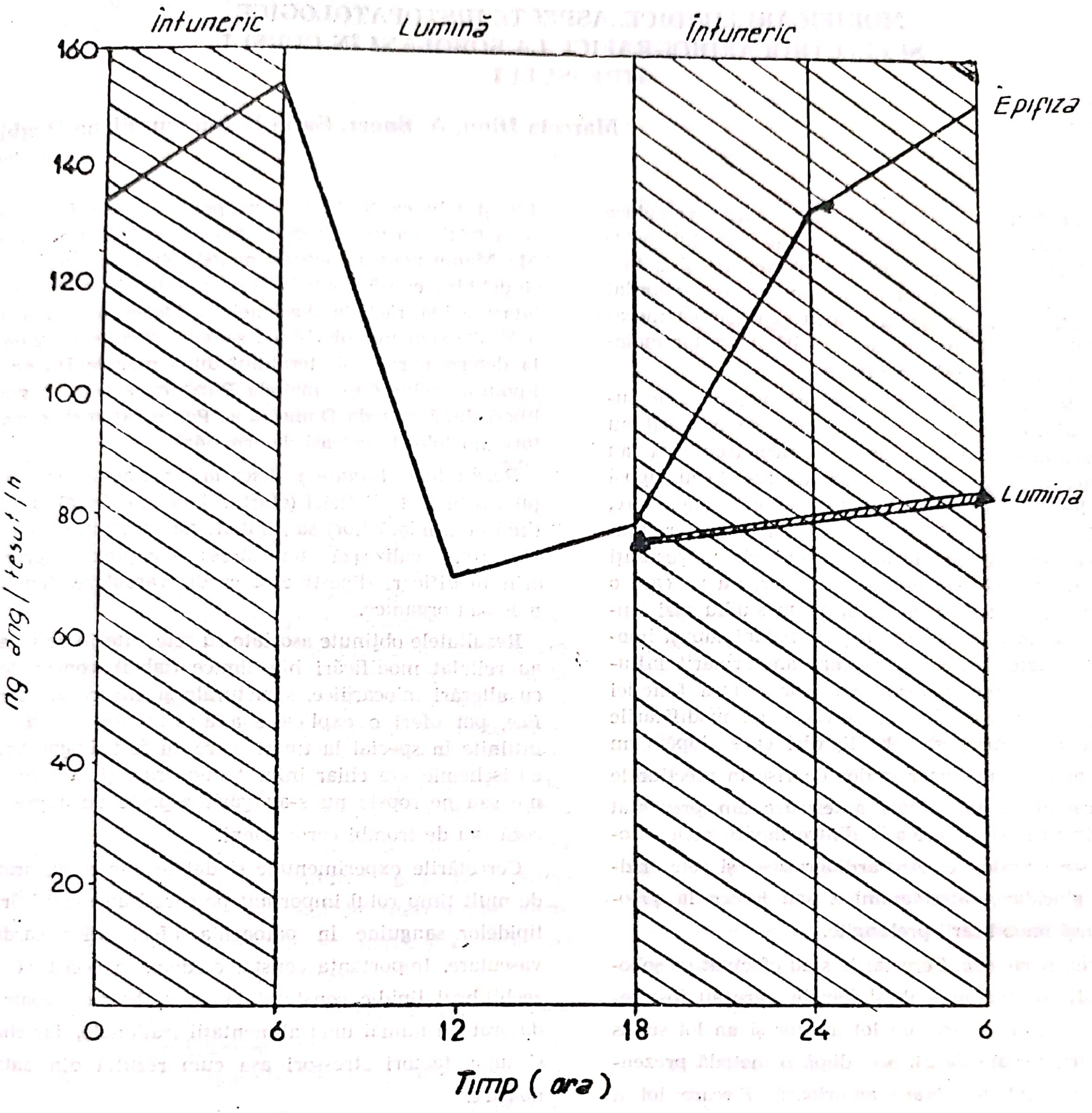
INFLUENŢA STĂRII DE VEGHE ŞI A PARACLOR-FENILALANINEI ASUPRA ACTIVITĂŢII RENIN-LIKE A CREIERULUI DE ŞOBOLAN
(exprimate în ng/ang/g/h)

	Scoarţă cerebrală	Trunchi cerebral
Martor (n = 12)	18,7 ± 2,5	23,3 ± 3,7
Privaţiune de somn 72 h (n = 28)	27,3 ± 6,6	47,2 ± 11,6
p — clorofenilalanină (n = 12)	25,5 ± 4,9	23,5 ± 3,9

Tabel nr. 3

ACTIVITATEA RENIN-LIKE DIN CREIERUL DE ŞOBOLAN ANESTEZIAT CU NEMBUTAL ŞI URETAN (ang/ng/g/h)

	Scoarţă cerebrală	Trunchi cerebral
Martor (n = 14)	21,1 ± 4,1	23,3 ± 3,7
Nembutal (n = 20)	11,1 ± 1,3	12,4 ± 2,3
Uretan (n = 18)	14,2 ± 3,1	18,6 ± 4,3



Tabel nr. 4

INFLUENȚA ANGIOTENSINEI II ASUPRA CONȚINUTULUI ÎN SEROTONINA A GLANDEI PINEALE, HIPOTALAMUSULUI ȘI TRUNCHIULUI CEREBRAL DE ȘOBOLAN (ng/g țesut)

	ANGIOTENSINA II PERFUZIE				
	Control	5 ng/ml	25 ng/ml	50 ng/ml	75 ng/ml
Glandă pineală	1,04 ± 0,33 * (6) **	0,92 ± 0,43 * (4) **	1,97 ± 0,41 * (4) **	3,2 ± 1,1 * (4) **	0,61 ± 0,37 (4) **
Hipotalamus	0,44 ± 0,18 (6)	0,47 ± 0,28 (4)	0,82 ± 0,33 (4)	1,00 ± 0,41 (4)	0,71 ± 0,37 (4)
Trunchi cerebral	0,29 ± 0,16 (6)	0,31 ± 0,32 (4)	0,64 ± 0,33 (4)	0,92 ± 0,37 (4)	2,49 ± 0,89 * (4)

As shown also by previous data (Ganten et al. 1971, Fischer-Ferraro et al. 1971), in the brain and neuroendocrine glands from mammals and humans it was found a renin-like angiotensin-forming activity with a different cortico-subcortical distribution.

The data obtained until now support the idea that the cerebral izorenin-angiotensin system participates in the modulation of neuronal excitability and the hydro-electrolytic regulation through the mechanism of water ingestion increase and antidiuretic hormone release.

MODIFICĂRI LIPIDICE, ASPECTE HISTOPATOLOGICE ŞI ELECTROCARDIOGRAFICE LA ŞOBOLANI ÎN CURSUL STRESSULUI

Marcela Dinu, A. Şneer, Sofia Dolinescu, Elena Dughir
— *Iași*

Relația factori de mediu-afecțiuni cardio-vasculare este de mult timp cunoscută, atît sub aspectul influienței factorilor fizici, chimici, biologici, cît și a factorilor sociali. Dar cu cît acest domeniu este abordat mai mult, cu atît interesul pentru cunoașterea mecanismului intim al apariției și dezvoltării acestor maladii, atît de extinse, este mai mare.

Din literatura cercetată rezultă că mai mult de jumătate dintre tinerii morți cu infact de miocard nu au prezentat obstrucții coronariene prin tromboză sau ateroscleroză și că oameni anxioși, depresivi sau supuși diferitelor agresiuni au făcut, în proporție mai mare, crize de angor sau de infarct. Aceasta ne-a orientat cercetările spre studiul influienței factorilor stressanți asupra aparatului cardio-vascular. Lucrarea pe care o prezentăm reprezintă o parte dintr-un studiu mai amplu efectuat în decursul anilor pe șobolani supuși imobilizării forțate de 24 ore, la care am urmărit influența acestui complex agent stressor asupra funcției și structurii miocardului, în corelație cu modificările sanguine ale unor parametri lipidici care, după cum știm, constituie un factor major de risc în afecțiunile cardio-vasculare. In lucrări anterioare am prezentat date privind studiul corelativ dintre modificările miocardice structurale, electrocardiografice și cele enzimatice, glucidice, catecolaminice, sau ionice la șobolani supuși imobilizării prelungite.

Material și metodă. Cercetările s-au efectuat pe șobolani adulți Wistar, masculi și femele, care au fost repartizați în două loturi : un lot martor și un lot supus imobilizării forțate de 24, ore, după o metodă prezentată de noi într-o lucrare anterioară. Fiecare lot a fost împărțit în două grupe : unul animale mascule, altul cu femele. Inainte, imediat după contenție și la 72 ore de la încetarea imobilizării, s-a efectuat examenul electrocardiografic cu aparatul Cardior, iar după sacrificarea animalelor examenul morfohistochimic al miocardului cu metode uzuale și speciale (corelația hematoxilin-eozină, Van Gieson, Simionescu, tehnica Lie și tehnica Nielsen Selye pentru facsinofilie, metoda PAS pentru mucopolizaharide, metoda Hotchkiss-Mc. Manus pentru glicogen, metoda Nachlas pentru succindehidrogenază, metoda Gömori-Bitenski pentru fosfataza acidă, metoda Wachstein și Meisel pentru ATP-ază) și examenul biochimic sanguin, care s-a rezumat la determinarea colesterolului după metoda Huang, a lipoproteinelor după metoda Burstein, a acizilor grași liberi după metoda Dumcombe. Pentru animalele martore am folosit aceleași determinări.

Rezultatele obținute și discuția lor. Imobilizarea forțată, prin factorii fizici (efortul de a se elibera), psihici (limitarea mișcărilor) sau nutriționali (inaniție timp de 44 ore), realizează un stress complex exprimat prin modificări digestive și cardio-vasculare, funcționale sau organice.

Rezultatele obținute asociate cu cele anterioare și care au reliefat modificări biochimice (tabel), concomitent cu alterări miocardice, structurale și electrocardiografice, pot oferi o explicație a afecțiunilor miocardice întîlnite în special la tinerii care au fost diagnosticați cu ischemie sau chiar infarct miocardic și la care clinic sau necropsic nu s-au găsit aspecte de ateroscleroză sau de trombi coronarieni.

Cercetările experimentale și datele clinice au arătat de mult timp rolul important pe care-l au modificările lipidelor sanguine în patogenia afecțiunilor cardio-vasculare. Importanța constă, credem, în aceea că dezechilibrul lipidic constatat la acești bolnavi poate fi datorat nu numai unei alimentații iraționale, dar chiar și unor factori stressori așa cum rezultă din datele noastre.

Astfel, după cum se observă din tabel, valorile medii absolute ale lipoproteinelor și colesterolului în timpul imobilizării sînt crescute evident, în timp ce ale acizilor grași liberi prezintă scădere marcată. Trebuie de semnalat că valorile între sexe sînt atît de apropiate la lipoproteine și colesterol, încît putem spune că sînt chiar identice.

Sexul animalului	Felul lotului și nr. animale			Lipoproteine g‰ ml ser			Colesterol g‰ ml ser			η Eq ‰ ml ser		
	M	I	71	M	I	72	M	I	72	M	I	72
Masculi	10	7	7	2,30	7	7,12	0,52	1,46	1,01	535	228	230
Femele	10	7	7	2,70	6,94	6,25	0,64	1,48	1,04	543	344	349

M = martor ; I = imobilizare ; 72 = ore după înceta rea imobilizării.

Excesul postagresiv de catecolamine, constatat în cercetările noastre prin dozarea AVM-ului în urină, activează sistemul adenilciclază, care la rîndul său determină activarea unui sistem lipolitic provocînd astfel lipoliza trigliceridelor stocate şi deci eliberarea de AGL, glicerol şi digliceride, cu creşterea lor sanguină. Cînd AGL-ul plasmatic este crescut , există o preluare şi metabolizare proporţional mai mare a AGL-ului de către miocardul ischemic în raport cu metabolizarea glucozei, piruvatului sau a acidului lactic, însoţită de un consum mai mare de oxigen, creindu-se astfel un adevărat cerc vicios. În felul acesta s-ar putea explica, în parte, scăderea AGL-ului plasmatic observată în cercetările noastre şi constatată şi de Buchel şi Guyonneau, Sobel şi col. pe animale supuse imobilizării, precum şi creşterea lipoproteinelor plasmatice, care sînt mai puţin utilizate de ţesuturi. Capacitatea foarte slabă de metabolizare a acizilor graşi de către celulele ţesutului embrionar specializat în conducerea stimulilor, determină însă şi acumularea de AGL în celula miocardică şi transformarea lor în grăsimi neutre, care depozitate, afectează schimbul transmembranar al ionilor celulari, în special al calciului. Sinteza ATP-ului şi creatin fosfatului scade, creşte sinteza de ADP şi AMP, precum şi de molecule fosforice. Funcţia mitocondriilor se alterează, iar aspectul lor anatomic apare intens modificat. Astfel AGL-ul ar putea contribui la întreţinerea şi agravarea modificărilor morfohistoenzimatice exprimate prin microinfarcte subepicardice, distrofie proteică, edem interfibrilar, plasmoragie, creşterea mucopolizaharidelor, scăderea glicogenului, a succindehidrogenazei, creşterea fosfatazei acide, a ATP-azei, sau electrocardiografice sub aspectul tulburărilor de irigaţie, de ritm şi de conducere, generate în stressul prin imobilizare de excesul de catecolamine, glicocorticoizi, dezechilibrul ionic, enzimatic şi glucidic, aşa cum am arătat în lucrări anterioare.

Persistenţa după 71 ore de la constrîngere la unele animale, a modificărilor lipidelor serice, asociate cu aspectul electrocardiografic de ischemie subepicardică sau a celui microscopic de microinfarcte, scăderea activităţii succindehidrogenazei în zone de infarct asociată cu creşterea activităţii fosfatazei acide, cînd ceilalţi parametrii studiaţi, în cercetări anterioare, prezentau o revenire la valorile normale, vine să confirme corelaţia care există între dezechilibrul lipidic şi modificările funcţionale şi structurale ale miocardului.

Diminuarea intensităţii leziunilor miocardice, precum şi lipsa semnelor de cronicizare a lor la 72 ore de la contenţie, ar putea să ne convingă de o retrocedare viitoare a modificărilor electrocardiografice şi biochimice care mai presistă. Absenţa cicatricilor, care de fapt ar fi putut să reprezinte cronicizarea, nu poate fi un semn concludent pentru a face o astfel de afirmaţie, deoarece microinfarctele metabolice, pe care noi le-am constatat, nu lasă cicatrici, aşa cum de fapt a demonstrat E. Bajusz în cercetările sale. Un sondaj electrocardiografic efectuat de noi la 7 zile şi chiar la 30 zile de la constrîngere la unele animale din loturile anterioare, au arătat că la 33% din şobolani mai persistă aspectul de ischemie miocardică, care s-ar putea să fie explicat prin afectarea peretelui vascular determinată de creşterea colesterolului din timpul imobilizării. Creşterea colesterolului sanguin şi menţinerea lui la un nivel oarecum ridicat şi la 72 ore de la imobilizare, s-ar putea să fie expresia diminuării eliminării lui sau a utilizării lui, în special de către suprarenală, al cărei colesterol în timpul stressului provine din o sinteză nouă de precursori şi nu din colesterolul extraadrenal. Studiile recente acordă însă importanţă mai mare nu atît colesterolului liber cît celui din LDL care reprezintă un transportor către celule a 2/3 din colesterolul sanguin. Cînd concentraţia colesterolului creşte în LDL, riscul pentru ischemie sau chiar infarctul miocardic devine considerabil, deoarece LDL poate filtra prin bariera endotelială pînă la celulele musculare netede unde cedează colesterolul, care dacă nu este luat de HDL şi dus la ficat pentru a fi eliminat, contribuie la formarea ateroamelor cu consecinţele lor. S-ar putea ca în cercetările noastre unde am găsit hiperlipoproteinemie şi hipercolesterolemie, nivelul HDL-colesterol să fie scăzut aşa după cum au observat E. J. Schaefer şi col. la pacienţii cu hiperlipoproteinemie. Desigur însă că pentru certitudinea acestei ipoteze, în cercetări viitoare se impune dozarea HDL-ului şi LDL-ului.

Faptul că rezultatele cercetărilor noastre sînt în parte asemănătoare acelora constatate pe bolnavii cu infarct miocardic, în sensul existenţei unui dezechilibru lipidic care persistă şi după 3 luni de la infarct sau numai de la o ischemie miocardică, sprijină afirmaţia noastră ca şi cea din literatură că factorii de stress, mai ales cei psihici, se pot încadra în etiopatogenia infarctului de miocard.

The investigations were carried out on male and female adult Wister rats, subjected to forced immobilization for 24 hours, to which the blood alterations of some lipidic parameters, of the electrocardiographic and microscopic aspects of myocardium were followed up.

The results obtained after contention pointed out, in both sexes, biochemical alterations represented by the increase of the absolute mean values of cholesterol, lipoproteins and AGL decrease, alterations that could be a maintainance and aggravating factor of the electrocardiographic (of rhythm, irrigation) and histoenzymatic disturbances (subepicardial microinfarctions. plasmorrhage, increase of acid phosphatase, etc.) generated by the excess in cathecolamines and corticosteroids, as we have mentioned in previous papers.

The persistency, in some animals, of the lipidic alterations associated with the electrocardiographic and structural ones after 72 hours from the contention would indicate a correlation between the lipidic unbalance and the morphofunctional disturbances of myocardium during stress.

MODIFICĂRILE IMUNOGLOBULINELOR SERICE LA BOLNAVII SCHIZOFRENI ÎNAINTE ȘI DUPĂ TRATAMENTUL PRIN ELECTROȘOC

Doina Popescu, D. Colceriu
— *Cluj-Napoca*

MATERIAL ȘI METODĂ

S-au determinat imunoglobulinele serice la un lot de 32 bolnavi schizofreni la care s-a practicat electroterapie convulsivantă, 10 bolnavi schizofreni cărora nu li s-a practicat electroșoc, 5 martori sănătoși. Determinările s-au făcut cu serurile obținute de la bolnavi în primele 48 de ore și la 21 de zile după instituirea tratamentului constînd în 1—8 ședințe de electroșoc, alături de medicație neuroleptică. Determinarea cantitativă a imunoglobulinelor tip A, G, M, s-a făcut prin tehnica imunodifuziunii radiare după metoda Mancini. Antiserurile întrebuințate au fost livrate de Institutul Cantacuzino, conținînd 100 U.I./ml. pentru fiecare imunoglobulină.

Luînd în considerare simptomele semnificative pentru schizofrenie corespunzînd IPSS (OMS), bolnavii schizofreni selecționați pentru studiu au fost grupați în : formele paranoidă — 18, catatonică — 9 —, simplă — 5 —. Grupului martor nu i s-a practicat electroterapie convulsivantă (TEC) ; era alcătuit din 6 schizofreni paranoizi, 4 schizofreni simpli, 5 persoane sănătoase psihic și somatic.

REZULTATE și DISCUȚII

Observațiile noastre sînt în concordanță cu datele din literatură asupra modificărilor nivelelor concentrațiilor serice ale imunoglobulinelor din schizofrenii, reliefîndu-se în mod pregnant existența unor aspecte bioimunologice care necesită comentarii prin paralelismele și convergența lor cu datele clinice.

Odată cu primele determinări de laborator eșantionul bolnavilor schizofreni relevă o creștere a valorilor imunoglobulinelor A, M, G ; concentrația mai accentuată a IgM în cazul formei catatonice și mai puțin evidentă la forma paranoidă, cu toate că la 48 de ore de la internare nu am reușit să facem o corelare semnificativă între valorile imunoglobulinelor serice și gravitatea simptomatologiei.

Pentru fiecare bolnav luat în studiu s-a individualizat programul terapeutic în funcție de amplitudinea manifestărilor maladive. 32 de bolnavi schizofreni au necesitat introducerea alături de medicația neuroleptică a terapiei electroconvulsivante ; la alți 10, această conduită terapeutică nu s-a impus. Acești pacienți au fost integrați în grupul martor.

La 21 zile după instituirea conduitei terapeutice s-a efectuat a doua determinare a titrelor concentrațiilor

VALORILE IMUNOGLOBULINELOR PE GRUPE DE STUDIU
Valori normale în g/l Ig A 0,74—4,06 IgM 0,23—1,33 IgG 7,2—15,1

Grupa studiu	FORMA DE SCHIZOFRENIE	Număr cazuri	Tip Ig	VALORI INIȚIALE		DUPĂ 21 DE ZILE	
				EXTREME	MEDIA	EXTREME	MEDIA
SCHIZOFRENI CU T.E.C.	PARANOIDA	18	A	3,73— 4,56	4,08	3,14— 3,32	3,21
			M	4,96— 4,16	4,05	1,10— 3,45	1,42
			G	18,40—19,62	19,22	15,22—16,32	15,42
	CATATONICA	9	A	3,84— 4,22	4,01	3,20— 3,54	3,27
			M	4,62— 5,02	4,88	3,33— 4,12	4,64
			G	18,65—19,45	19,00	15,19—16,10	15,50
	SIMPLĂ	5	A	3,84— 4,43	4,15	3,02— 3,30	5,13
			M	3,85— 4,08	3,99	2,86— 4,19	2,84
			G	17,83—19,26	18,66	15,16—15,63	15,33
SCHIZOFRENI MARTORI	PARANOIDA	6	A	3,80— 4,72	4,41	3,30— 3,86	3,54
			M	3,90— 4,00	4,95	2,28— 2,56	1,45
			G	18,68—19,50	19,06	16,26—16,40	16,22
	SIMPLĂ	4	A	3,82— 4,22	4,01	3,36— 3,53	3,40
			M	4,73— 4,10	3,90	2,75— 3,23	3,12
			G	18,41—18,92	18,58	16,15—16,12	16,16
	MARTORI SĂNĂTOȘI PSIHIC ȘI SOMATIC	5	A	0,82— 2,63	1,97		
			M	0,42— 1,28	0,86		
			G	10,36—13,62	12,38		

imunoglobulinelor serice. O mai pronunţată scădere a acestora faţă de grupul martor se observă la pacienţii care au beneficiat de TEC (terapie electroconvulsivantă).

La 15 din 18 bolnavii schizofreni paranoizi cu TEC, concentraţia IgM scade rămînînd discret superioară valorilor normale comparativ cu paranoizii din grupul martor la care se constată scăderea IgM, dar care nu atinge la 21 zile nivelul grupului tratat cu TEC. La ceilalţi 3 bolnavi valorile IgM nu se modifică semnificativ faţă de valorile iniţiale. Studiul IgM la bolnavii din grupele catatonică şi simplă trataţi şi netrataţi cu TEC relevăvalori cu variabilităţi individuale ce nu pot conferi date concludente.

Titrele imunoglobulinelor A şi G scad paralel cu îmbunătăţirea aspectului clinic al bolii, la toate formele de schizofrenie. O scădere marcată se constată la 23 bolnavi (cu TEC) la care după trei săptămîni evidenţiem o evoluţie clinică favorabilă ; 9 bolnavi din aceeaşi grupă la care valorile IgA şi IgG au scăzut mai puţin, relevă un tablou clinic cu o remisiune mai lentă. Schizofrenii martori nu au realizat scăderi ale IgA şi IgG la nivelul grupului tratat cu TEC cu excepţia a două cazuri (vezi tabel anexă cu rezultate).

Rezultatele investigaţiei efectuate asupra răspunsului imunologic în cadrul schizofreniei cu relevarea convergenţei spre diagnostic şi prognoză ne fac să vorbim despre posibile mecanisme imunologice, lucru relevat şi în literatură.

Solomon în 1974 relevînd modificările imunoglobulinelor serice la bolnavii psihici vorbeşte de existenţa unei posibile specificităţi a constelaţiei imunologice la bolnavul schizofren.

Amkraut şi colab. în 1973 pe un lot de 80 schizofreni şi 450 martori, constată că pacienţii care aveau o valoare scăzută a IgA şi IgG — prezentau o mai mare probabilitate de însănătoşire decît cei la care valorile se menţineau crescute. Aceeaşi constatare o face şi Pulkkinen afirmînd că : „pacienţii schizofrenici cu nivele ridicate de IgA şi IgG au o perspectivă de integrare şi resocializare mult mai dificilă ; concentraţia IgM este mai ridicată la schizofrenii catatonici şi mai scăzută la cei paranoizi“.

CONCLUZII : Nu putem afirma dacă această tulburare a răspunsului imunologic în schizofrenie este primară sau secundară unei alte dezordini biochimice încă neidentificate, pînă în prezent cercetările de specialitate neoferind date de certitudine.

Analizînd rezultatele investigaţiilor efectuate, acestea converg spre relevarea unei evidente corelaţii între valorile IgM şi formele clinice ale schizofreniei — paranoidă şi catatonică —, cît şi asupra paralelismului existent între concentraţiile IgA şi IgG şi evoluţia bolii.

După terapie electroconvulsivantă scăderea titrelor serice ale imunoglobulinelor este mai rapidă.

Ca aspect practic corelaţia imunoglobuline-prognostic implică posibilitatea unor conduite de verificare a eficienţei tratamentului instituit în schizofrenie.

Actuala lucrare se înscrie în contextul cercetării fundamentale urmînd a fi continuată prin studiul comparativ pe un lot mai numeros, a corelaţiei dintre imunoglobulinele din ser şi lichidul cerebro-spinal.

Recentrly numerous studies have tried to determine a corelation between high levels of serum immunoglobulins and clinical caracteristics present as well as the evolution, treatment and recognition of specific particularities of schizophrenia.

In recently publised literature authors are particularly interested in the psychologic, nervous, biochimic and humoral mechanisms in which stress during an acute mental disease can be correlated with disfunctions or hipofunction of imun system.

Following this line of investigation the authors have studied the influence of electroshock on variability of serum immunoglobulins in schizophrenia.

Titers of immunoglobulins in the serum of 32 schizophrenic patients subjected to electroshock treatment were compared with titers of 5 healthy persons and 10 schizophrenics which did not receive electroshock treatment.

Results obtained showed a heigh level of IgA. IgG, and IgM in the schizophrenics before treatment which possibly indicates a correlation between IgM and clinical forms of schizophrenia. After electroshock the patients titer of IgA and IgG decreased parallel with an improved clinical state in 23 of cases (72%) while in 9 patients (28%) in which both immunoglobulins remained high presented a prognostic less favorabile.

The data obtained in this investigation must be considered in the larger context of fundamental research in schizophrenic etiopathogeny.

From the point of view of practical implications the correlation of immunoglobulin — prognosis implies tle possibility of verifying the efficacy of treatment applied in schizophrenia.

CERCETĂRI PRIVIND INFLUENŢA SOLICITĂRII SNC ASUPRA DINAMICII EXCITABILITĂŢII MEDULARE

C. Teodorescu, A. Crîngu, C. Neamţu
— *Iaşi*

Solicitările psihice prezintă dezechilibre neurohormonale cunoscute din cercetările clinico-experimentale efectuate de Bliss şi colab. (1956), von Euler şi colab. (1959), Pekkarinen şi colab. (1961), Collins şi colab. (1967), Frenkenhauser şi colab. (1968, 1976), Syvälathi şi colab (1976), evidenţiindu-se o creştere a catecolaminelor, glicocorticoizilor, insulinei, hormonului somatotrop şi reninei plasmatice în timpul stressului de examen.

Intr-o lucrare anterioară (Brazdă, 1978), s-a întreprins un studiu în paralel între modificările biochimice şi electroneuro-fiziologice : eliminarea de catecolamine şi dinamica potenţialelor corticale, pe studenţi voluntari înainte şi după examenul de sfîrşit de an la disciplina de fiziologie.

De asemeni, prin explorări funcționale neuromusculare, autorii au investigat modificările determinate de activitate motorie, asupra dinamicii excitabilității pool-ului medular, testîndu-se efectul predominent aferent al efortului și oboselii fizice, asupra mecanismului de reglare a buclei gamma, asupra aparatului motor periferic.

În lucrarea prezentată ne-am propus să studiem influențele descendente asupra aceluiaș centru neuronic în situații de solicitare intensă centrală. Am urmărit de asemeni surprinderea la acest nivel, a unor eventuale răspunsuri diferențiate și adaptate corespunzător la două tipuri diferite de solicitări ale activității nervoase superioare. Pentru aceasta am montat două modele experimentale : — o situație de stress plurifactorial cu un moment de maximă tensiune premergător examenului și cu răsunet *global, difuz* asupra activității nervos-centrale ; și a unui al doilea model în care ținta perturbărilor stressante erau *focalizate* asupra unuia din analizatori : analizatorul auditiv, — în contextul unor solicitări profesionale, dar și în ideea generală a unei agresiuni crescute și în viața cotidiană.

Material, tehnică, metodă A) *În studiul dinamicii excitabilității medulare la stressul psihic de examen,* s-a lucrat pe un lot de 30 studenți anul I, inițiați în prealabil asupra scopului investigației, dar fără să cunoască algoritmul desfășurării acesteia. S-a utilizat metoda EMG-fică de stimulo-detecție, testul reflexului monosinaptic prin tehnica Hoffmann (1922), standardizată de Paillard (1955). Concomitent cu determinarea excitabilității pool-ului motoneuronic, s-au consemnat și modificările parametrilor componentelor arcului reflex prin : reobază (Rb), cronaxie (Cx), și indicile lui Fabre (I). Studiul s-a efectuat pe un EMG Orion tip VAM-61/A. Experimental s-a desfășurat dinamic în trei tipuri (Fig. 1 A) : înainte de stress (starea de fond) reprezentînd valorile de referință, — în timpul stressului și imediat după el (starea de „detentă"), fiecare subiect constituind propriul său martor.

Testarea era inițiată de experimentator printr-un stimul optic de preavizare urmat la uninterval aleator de un semnal acustic de comandă pentru testul timpului de reacție (T). S-a înregistrat răspunsul M și H maxim imediat după semnalul optic, în timpul și imediat după T . Stimulările pentru reflex erau comandate de experimentator, cu excepția celor din moment T care printr-un dispozitiv se declanșau concomitent pentru ambele testări de către subiect. S-au determinat pragurile de excitabilitate la stimuli scurți de 0,1—0,2 și lungi 1—2 sigma, din care s-au calculat cronaxiile și I. Pentru precizarea unor influențe periferice supraadăugate, s-au determinat în aceeași manieră și testul „dublului stimul" (Paillard, 1955) — cel de al doilea H survenind la un interval de 100—500 6 pe fondul constant indus de primul răspuns, care era fixat la un nivel stabil de evocare ; 80% din H maxim (Coqueri, 1962).

Cercetarea a fost completată cu o probă psihologică Kraepelin pentru atenție și concentrare (G. Raclaru).

B). *În studiul dinamicii excitabilității medulare la stressul* sonor s-a lucrat pe un lot de 41 subiecți dintr-o întreprindere textilă, cu o vîrstă medie de 34 ani (27—47 ani) și o vechime la locul de muncă în medie de 15,7 ani (7—26 ani). Expunerea profesională la zgomotul specific la 8 ore, a fost „comprimată" la timpul de 20 minute necesare experimentului și deci la un nivel aproximativ corespunzător calculat, la 100 decibeli (db).

S-au determinat aceeași parametri ai excitabilității medulare directe și reflexe, prin aceeași metodă ca la stressul psihic. Modelul experimental impus de studiul audiometric a constat în fixarea stimulului test H la o valoare de circa 50%, din răspunsul maxim, — cu care s-au efectuat 3 înregistrări de fond (t_0) la 10 secunde interval, înaintea expunerii la zgomot și menținîndu-se pe tot parcursul experienței (Fig. 1 B). În acest mod, fiecare subiect a constituit propriul său martor. În timpul expunerii la zgomot s-au efectuat 4 testări (t_1, t_2, t_3, t_4) la intervale de 5 minute ; Ultima (t_5), fiind făcută imediat după încetarea zgomotului.

Concomitent s-au înregistrat EEG (dr. C. Solomon). La începutul și sfîrșitul experimentului s-a făcut determinări audiometrice (dr. D. Mocanu).

Pentru corelarea datelor, întregul lot investigat s-a constituit în variante grupe statistice aspectelor de audiometrie, EEG și vechime în muncă, — la care s-au raportat procentul de fiecare dată modificările excitabilității pool-ului motoneuronic găsite în aceste aspecte. Astfel, în studiul audiometric s-au constituit 3 grupe : — I). cu acuitatea normală și creșteri a pragului auditiv (la 4000 Hz) — pînă la 30 db, după expunerea la zgomot ; II). scăderi ale acuității auditive între 31—35 db, (prag de audibilitate după experiment) III). scăderi între 56—75 db. în aceleași condiții. Studiul EEG a evidențiat și stabilit trei grupe de subiecți după tipurile de răspuns : A. — cu modificări minore ale traseului și reveniri totale și rapide ; B. — cu modificări evidente și persistente la expunerea la zgomot ; C. — cu elemente descrise în patologia nervoasă, neuropsihică minoră (nevroză, tulburări neuro-vegetative etc.). În fine, din punct de vedere al vechimii în muncă, lotul a fost împărțit în 2 grupe : a). — subiecți cu vechime între 7—16 ani și b). — între 17—26 ani.

Rezultate A). *În studiul dinamicsii excitabilității pool-ului motor medular la stresul psihic de examen* se constată următoarele : (Grafic 1) : 1). — o creștere semnificativă a RxM (33,4%), cu tendință de revenire imediat în faza detentă. 2). — modificările sînt coordonate pentru toți parametrii investigați ; RxM și I   fiind corespunzători divergenți față de Cx și reobază. 3). — se constată menținerea rangului de semnificație a modificărilor la aceeași indici investigați, — atît în faza de stress cît și în detentă. Această ierarhie a sensibilității de testare a indicilor, sînt în primul rînd și în ordine descrescîndă (Grafic 2), Hmax/Mmax, I H, H_2, I H/M ; 4). — o dinamică de revenire rapidă în detentă a valorilor H_2 (Grafic 3) ; 5). — TR motor se ameliorează liniar în stress și după aceasta ; 6). — performanțele testului Krepelin scad în stress cu 21,4% și se ameliorează rapid și aproape total în detentă.

În afara faptului că aceste date validează valoarea explorării prin RxH alături de celelalte metode biochimice și electro-fiziologice în testarea stressului psihic, ele pot sugera încă cîteva observații de neurofiziologie.

1. Creșterea excitabilității structurilor nervoase investigate, indică implicarea lor în contextul unei activități tensionale nervos-centrale suprajacente de „alertă" — prin mecanisme descendente facilitatorii cortico-spinale, nespecifice reticulo-extrapiramidale.

2. Dinamica „adaptativă" a excitabilității testate apare mai amplă și promptă pentru calea aferentă și central arcului reflex, față de calea directă motorie, cu rol concomitent de output și „traductor" — al acestor modificări (circa 10% diferența dintre valorile H și M pentru I sau Cx). Ipoteza avansată mai jos la analiza răspunsurilor la dubla stimulare, ar putea fi o posibilă explicație a acestor diferențieri.

3. Exacerbarea excitabilității medulare este cert dependentă de „alerta" centrală : a). — H_2 crește cumulativ la succesiunea semnalelor (fotic-sonor) de avertizare și așteptare ; b). — valorile divergente ale H_1 și H_2 din timpul TR — motorie (declanșate de subiect și deci efecteuarea unui act motor simplu), — relevă pe de o parte și succesiv : mai întîi — scăderea nivelului excitabilității „bazale" a mecanismelor efectorii periferice (H_1 scăzut : —4%), prin acțiunea căilor descendente supresoare, — „o ștergere a oricărui fond posibil existent, datorit indiferent cărei căi — fenomen descris de Merton sub denumirea de „Silent period", — în vederea „trecerii" unei proxime comenzi piramidale. Pe de altă parte, pe tabla ștearsă" a căii comune finale : — o bruscă și înaltă ascensiune al aceluiași nivel de excitabilitate (H_2 amplu — crește cu +19,2%), impus prompt pe căile facilitatoare descendente, pentru „modularea" corespunzătoare output-ului voluntar (Kotz, 1975).

4. Discreptanța dintre aceste performanțe de mobilitate a mecanismelor nervoase, concomitent cu ameliorarea permanentă a TR pentru un act motor simplu (similare cu cele din fenomenele de antrenament), — față de scădere(—22,4%) în același timp a proceselor psihice mai complicate discriminative de atenție și concentrare asupra unor calcule (testul Krepelin), indică măsura și gradul miximei mobilități a procesului de inhibiție-excitație, — profunzimea și implicit întinderea uneia și focalizarea celeilalte.

Aceste rezultate pot constitui o nouă evidențiere în substratele neuronale, ale restructurărilor funcțional-adaptative din alertă și stressul psihic.

B). *In studiul dinamicii excitabilității medulare la stresul sonor*, se desprind următoarele rezultate : 1). — o scădere medie semnificativă la expunerea la zgomot (RxM — 10,3%) a contingentului neuronic cu excitabilitatea subliniară a centrului motor spinal (Grafic 1), verificată și prin ceilalți parametri investigați (Cx., Rb., I), și cu o bună corelare în raport cu determinările audiometrice, electroencefalografice sau studiul pe grupe de vechime. 2). — dinamic, pe parcursul experimentului, RxH prezintă o curbă bifazică cu o ușoară creștere în primul moment (t_1 = +6,8%) — „reflex de orientare", — o scădere ulterioară progresivă (t_2 = —8%, t_3 = —13,9%, t_4 = —18,1%), și cu o tendință de revenire la încetarea zgomotului (t_5 = 17,5%). De asemeni acest aspect se menține în toate corelațiile efectuate, cu deplasări în jurul valorii medii specifice grupului studiat. 3). — și în acest studiu calea motorie directă prezintă față de calea reflexă, modificări mai mici : de 4 ori pentru I , de douăori pentru Rb 1,5 ori pentru Cx.

Corelațiile și observațiile de neurofiziologie referitoare la investigarea : a). *analizatorul auditiv* sînt : — există un paralelism între scăderea acuității auditive la zgomot și inhibiția excitabilității medulare, — corespunzătoare fiecărei grupe : RxH scade în medie de la grupa I la a II-a cu 6,9% și de la grupa II-a la a III-a cu 13,3%.

În modificările decelate audiometric la zgomot, pot fi implicate mecanisme periferice cunoscute mai de mult, sau și centrale ale analizorului auditiv. Presupunerea lui Johannes Müller, a unui mecanism „protectiv" prin mușchiul scăriței, a fost confirmată de experiențele lui Wiggers (1937). Conexiunea inversă acționează progresiv asupra „periferiei" începînd de la 1 000 Hz în sus și apoi nemodificîndu-se după 2 000 Hz, făcînd astfel să scadă pragul audibității la zgomot cu circa 40 db. Dar scăderea în paralel a excitabilității pool-ului motoneuronic (RxH), aduce un plus de informații datelor de audiometrie, indicînd participarea centrală în mecanismele de adaptare ale analizatorului auditiv. Într-adevăr, este de presupus că aceste modificări la agresiunea sonoră sînt determinate de un mecanism comun neurofiziologic, atît pentru analizorul investigat, cît și pentru nivelul medular.

Pe de o parte, este cunoscută acțiunea subpresoare descendentă a Formației Reticulare,asupra tonusului și reflexelor monosinaptice medulare prin intermediul buclei gamma (Hagbarth și Kerrdi, 1954) — iar experiențele lui Galambos (1956) pe animale, au demonstrat „modularea inhibitorie" a acestei formațiuni (prin nucleul olivar superior și fascicolul centrifug Oort), asupra aferențelor auditive din nucleul lui Corti.

Deasemeni Huber și colab. (2959), au arătat că 10% din neuronii ariei corticale auditive sînt „unități de atenție" și care descarcă în F.R., producînd concomitent prin acest releu și reacții EEG-fice de alertă, — ceea ce este evidențiat înculegerile noastre prin croșetul inițial (t_1 = + 6,8%) față de fond. Scăderea ulterioară a valorilor poate fi interpretată ca fenomen de „obișnuință" sau „stingere". Cercetările lui Hernandez-Péron (1957) au localizat acest mecanism de feed-back protectiv la nivelul S.R., dar Jouvet (1961) consideră că el este inițiat în sistemele neocorticale din mai multe arii și doar mediate de S.R.

Este interesant faptul că modificările audiometrice și reflexe găsite de noi, nînt mai ample (cu 6,7%) la grupa de vechime „mai nouă" 7—16 ani, față de grupa mai veche, sugerînd în plus ideea unei „adaptări" în timp la agresiunea specifică.

Corelarea cu datele EEG indică deasemeni un paralelism între inhibiția reflexă medulată și modificările traseelor sistematizate în 3 grupe. Astfel RxH scade cu 8% la grupa B față de grupa A și cu 9% la grupa C, față de B. Și sub acest aspect este de presupus un mecanism comun neurofiziologic care acționează divergent : scoarța-nivelul medular. Shimazu și colab. (1962), confirmă o desincronizare EEG-fică la agresiunea sonoră, ce coincide cu răspunsul difuz nespecific facilitator a S.R. mezencefalice. Modificările concomitente : — desincronizare EEG progresivă în paralel cu inhibiția reflexă medulară, poate indica o adaptare funcțională motorie, compensată și optimizată, în raport cu exacerbarea „vigilă" a structurilor nervoase centrale.

Datele noastre asupra dinamicii excitabilității melulare prin RxM în stressul sonor, reflectă și surprinde intervenția de alertare și adaptare exercitată nespecific de S.R., „placa turnantă" a molulărilor divergente : — retroactive pe analizator, ascendent-corticale și descendent-medulare. Analizatorul auditiv reprezintă un input specific de rangul II în organigrama informațională a subiectului uman după H. Frank (citat de Ed. Nicolau și T. Bălăceanu „Elemente de Neurocibernetică" Ed. Științifică București. 1967), avînd o intrare de 10^6 biți/secundă, — iar efectorul motor reprezentînd un ouput de 57%. Canalul informațional auditiv reprezintă pe de altă parte un factor nespecific de modificare a activității nervoase (prin intermediul SR), cu răsunet asupra randamentului central și periferic cît și asupra celorlalte funcții din organism (vegetative, biochimice etc.).

In concluzie, cele două serii de determinări expuse, evidențiază la nivelul pool-ului motoneuronic medular o reactivitate diferită la streessul psihic multifactorial și „global" din examen, față de stressul „focalizat" sonor : creșterea excitabilității (cu pondere pe căile aferente) în stressul de examen, — și invers scăderea în impactul interferențial al agresiunii focalizate pe analizatorul auditiv. Aceste modificări divergente evidențiază în aceste prime determinări, doar aspectul calitativ al specificității adaptative a sistemului nervos, rămînînd a se studia aspectul cantitativ la diferitele nivele de solicitare nervos centrală.

Interpretările enunțate nu epuizează aspectele multiple și extrem de complicate ale adaptării sistemului nervos la diverse solicitări, — dar indubitabil că în această structură înalt integrată, orice proces declanșează o „maree" ce poate fi mai evident sau din contra mai subtil detectată, în ori care punct îndepărtat și la orice nivel al său.

Changes in spinal cord excitability to both the psychical stress of academic oral examination and sound stress were investigated by using Hoffman's reflex, cronaxy, rheobase and Fabre's index in 2 subjects groups.

Responses to psychical stress of academic oral examination in 30 voluntary students corroborated with the reaction time and Krepelin's test indicate a significant increase of the, moto-neuron poll excitability associated to a motor performance increase, and psychical discrimination reduction.

The response to sound stress studied in 40 textile workers corroborated with audiometry and EEG data revels a significant diminution of spinal cord excitability correlated to the hearing acuity and the increase of cortical potentials desynchronisation.

These different reactivities characterize adaptation responses of the nervous system achieved trough the reticulate formation.

INTERACȚIUNI MEDICAMENTOASE CU ASFA

(Acidul para-sulfonamidofenoxiacetic)

Virginia Bobulescu, S. Dumitrescu, Emilia Botez

— *Iași*

Deși, astăzi, dispunem de un număr apreciabil de substanțe cu acțiune anticonvulsivantă-antiepileptică, nici una dintre acestea nu răspunde tuturor calităților ce ar trebui să le îndeplinească un antiepileptic ideal. Între altele, se urmărește ca un bun anticonvulsivant să fie eficace în toate tipurile de crize, să aibă o durată de acțiune cît mai prelungită, să nu dea somnolență, să influențeze favorabil tulburările psihice.

Asocierea a două sau mai multe anticonvulsivante a rezolvat numai parțial dificultățile terapiei antiepileptice.

Lucrarea prezentă își propune să urmărească dacă prin asocierea unui anticonvulsivant cu o substanță cu proprietăți neurotrope particulare, ASFA (acidul para-sulfonamidofenoxiacetic), se atenuează unele din efectele nedorite a primului.

Produsul ASFA, sintetizează în 1958 de Botez, Brânzei și col. i-au găsit, în testări clinice, proprietăți psihotrope. Experimental. are o toxicitate foarte redusă. Cercetările întrerupte o perioadă de timp, au fost reluate din 1974, pe o scară mai largă. Rezultatele experimentale au dus la concluzia că ASFA nu se încadrează în nici una din categoriile bine definite ale psihotropelor, prezentînd numai o parte dintre efectele anxioliticelor.

Testele de comportament relevă un efect sedativ (fără să producă somn), cu reducerea motilității spontane și a reflexelor de investigare, la doze de 1—2g/kg i.p. La doza de 2,5 g/kg i.p., produce un efect miorelaxant și alterarea coordonării motorii, evidențiată prin testul șemineului. Incercările clinice prevăd aplicarea sa în tulburările psihice din epilepsie.

ASFA a fost asociată la Acidul di-n-propilacetic (NDPA), anticonvulsivant cu structură chimică diferită de celelalte preparate cunoscute : sintetizat în 1881, a fost anunțat ca anticonvulsivant abia în 1963 de către Meunier și colab. : cercetările aprofundate ulterior, atît cu acidul cît și cu sarea sodică au pus în evidență capacitatea substanței de a proteja animalele față de convulsiile pentetrazolice, fiind mai activ chiar decît trimetadiona și etosuximida ; derivatul amidat își lărgește sfera de influență și asupra convulsiilor stricnice. Clinic, efecte favorabile s-au obținut în diverse tipuri de crize, dar mai ales în forma de petit mal, atît la adult cît și la copil. Efectul este însă de scurtă durată : experimental, protecţia maximă faţă de convulsiile pentetrazolice apare la 30 minute şi dispare complet la 2 ore, posibil datorită eliminării rapide din organism. Asocierea cu fenitoin a crescut toxicitatea acestuia. Deşi destul de reduse, poate produce efecte secundare nedorite, de diverse aspecte : fenomene de intoleranţă, ce apar obişnuit precoce, tulburări neuropsihice la supradozare, fenomene de hipersensibilitate şi manifestări tardive (deficit de folat, modificări mentale, osteomalacie). NDPA exercită un efect hipnotic important.

În experienţele noastre am urmărit în ce măsură asocierea produsului ASFA la NDPA este capabilă să-i potenţeze acţiunea anticonvulsivantă şi să-i reducă efectul deprimant—hipnotic.

Material şi metodă. Cercetările au fost efectuate pe şobolani şi şoareci la care s-a urmărit acţiunea de protecţie faţă de convulsiile pentetrazolice a asociaţiei ASFA—NDPA, în comparaţie cu animalele care au primit numai NDPAsau ASFA. Pentru fiecare substanţă şi doză s-au folosit loturi de cîte 10 animale. ASFA sodică, soluţie apoasă 10% s-a administrat în doză de 1 g/kgc i.p. ; NDPA, dizolvat în ulei de floarea soarelui (0,3 ml/animal), s-a injectat imediat după ASFA ; pentetrazolul, 85 mg/kg s.c., s-a administrat la 30—60 şi 90 minute de la primirea anticonvulsivantului.

Rezultate şi discuţii

Tabel nr. 1

Protecţia dată de NDPA, la diferite doze, faţă de convulsiile provocate cu pentetrazol, la 30 minute de la NDPA

Nr. animale	NDPA mg/kg i.p.	Protecţia în procente la 30 minute de la NDPA	
		şobolani	şoareci
10	50	30%	20%
10	100	60%	40%
10	200	80%	50%
10	500	100%	100%

Din tabelul I rezultă că NDPA, dat cu 30 minute înainte de pentetrazol conferă o protecţie proporţional cu doza. Se remarcă faptul că la aceleaşi doze şobolanii sînt protejaţi într-un procent mai mare decît şoarecii. Comportamentul animalelor a fost de asemenea modificat proporţional cu doza : de la uşoară sedare la dozele mici pînă la somnolenţă şi reducerea motilităţii la 200 şi 400 mg, fiind mai accentuate la şobolani.

Pentru asocierea cu ASFA s-au ales dozele de NDPA care conferă protecţie faţă de convulsiile provocate cu pentetrazol, pînă la 50% şi care nu produc o deprimare profundă a animalelor.

Astfel, pentru şobolani s-a ales doza de 50 mg/kg, doză la care animalele au un comportament asemănător cu cei netrataţi, iar pentru şoareci s-a ales doza de 100 mg/kg, doză la care animalele sînt uşor sedate dar sînt mobile.

Tabel nr. 2

Potenţarea efectului anticonvulsivant al NDPA prin ASFA

Nr. animale	NDPA mg/kg i.p.	ASFA g/kg i.p.	Protecţia faţă de pentetrazol, 85 mg/kg, pe diferite intervale, în minute		
Şobolani					
10	—	1 g	0	—	—
10	50 mg	—	30%	—	—
10	50 mg	1 g	70%	—	—
Şoareci					
10	—	1 g	0	0	0
10	200 mg	—	50%	20%	10%
10	200 mg	1 g	90%	80%	80%

Rezultă că asocierea celor două substanţe conferă o protecţie mai accentuată faţă de convulsiile pentetrazolice. Efectul maxim al NDPA, la şoareci, trataţi cu doza de 200 mg/kg i.p., apare la 30 minute şi scade la 90 minute, rezultate ce concordă cu acelea găsite şi în literatură. Anticonvulsivantul administrat imediat după ASFA exercită o acţiune mai puternică (la 30 minute efectul este crescut cu peste 100% la şobolani şi cu 80% la şoareci) şi de durată mai prelungită (la 90 minute menţinîndu-se încă la un nivel foarte ridicat). La acest interval de timp şoarecii erau la fel de vioi ca şi lotul martor, au prezentat numai cîteva tresăriri dar nu au făcut convulsii tonico-clonice decît numai două din zece animale.

Se poate conchide că asocierea de ASFA la doze mici de NDPA, care au un efect anticonvulsivant pînă la 50%, îi potenţează efectul protector faţă de convulsiile pentetrazolice, cu 80—120%, cu păstrarea comportamentului normal al animalelor. Aceste rezultate impun urmărirea efectelor pe o durată mai mare de timp şi cu alte anticonvulsivante.

Concluzii : 1. NDPA exercită o acţiune de protecţie a a şobolanilor şi şoarecilor faţă de convulsiile pentetrazolice, la doze cuprinse între 50—400 mg/kg i.p., proporţional cu doza, de la 30—100%.

2. Efectul maxim protector este atins la 30 minute şi scade la 90 minute.

3. Dozele ce conferă protecţie sub 50% nu produc deprimare de tip hipnotic asupra animalelor.

4. Asocierea de ASFA la NDPA, folosit în doze eficace sub 50%, potenţează efectul anticonvulsivant cu 80—120%.

5. La aceste doze asociaţia ASFA—NDPA nu modifică accentuat comportamentul animalelor, acestea fiind numai foarte uşor sedate.

INFLUENŢA UNUI NOOTROPIC DEPARABIOTIZANT ORIGINAL, ACIDUL SULFONAMIDFENOXIACETIC, ASUPRA DURATEI DE SUPRAVIEŢUIRE A ŞOBOLANILOR CU GREFA DE TUMORA GUÈRIN

P. Brânzei, Gh. M. Balan, Mărioara Balan
— *Iaşi*

Studiul supravieţuirii animalelor cu grefă tumorală cărora li se administrează diverse substanţe chimice cu efect citostatic sau trofic general, reprezintă un mod de apreciere a efectului acestor produşi atît asupra procesului carcinogenetic cît şi asupra organismului gazdă.

Studii experimentale şi clinice atestă efectul favorabil, incontestabil, al acidului sulfonamidfenoxiacetic (ASFA) asupra unor tulburări metabolice generale.

ASFA s-a dovedit eficace în combaterea unor tulburări acute ale funcţiilor psihice şi în special neoetice ca şi disfuncţii vegetative sau imunitare (influenţează favorabil sindromul confuzional toxic, tulburările psihice şi somatice de predelirium şi delirium tremens alcoolic, unele tulburări psihice din comiţialitate (bradipsihie) tulburări neurovegetative etc. Produsul s-a dovedit eficace şi în diateze alergice precum şi în combaterea tulburărilor psihice şi somatice consecutive sevrajului, în reducerea apetitului pentru drog, inclusiv pentru alcool.

Intervenţia produsului asupra sistemului imunitar ca şi efectul de inductor enzimatic în sinteza de acizi nucleici şi proteine ne-a sugerat ideea de a testa acţiunea ASFA asupra animalelor cu grefă de tumoră Guèrin.

S-a cercetat influenţa ASFA asupra creşterii şi diseminării tumorale ca şi asupra stării generale a organismului insistîndu-se asupra timpului de supravieţuire a animalelor tratate, comparativ cu martorii cu grefă tumorală netratată.

Material şi metodă. — Experimentul s-a efectuat pe un număr de 40 şobolani — masculi de rasă Sprague — Dowley, de aceeaşi vîrstă, în greutate de 180—200 g.

La toate animalele s-a grefat subcutanat în regiunea dorsolaterală dreaptă cîte 0,10 g tumoră Guèrin, doză suficientă care „a prins" la toate animalele. Cei 40 de şobolani au fost împărţiţi în 4 loturi de cîte 10, repartizaţi astfel : Lotul I — martor cu grefă tumorală simplă ; lotul II — grefă tumorală + ASFA după 10 zile ; lotul III — grefă tumorală + ASFA începînd de a II-a zi ; lotul IV — ASFA 10 zile, + grefă tumorală după care se continuă tratamentul cu ASFA.

ASFA, în soluţie 2‰, a fost injectată zilnic intraperitoneal în doză de 20—25 mg/kg. corp/zi.

Rezultate şi discuţii. La martori, startul tumoral s-a produs rapid — după 3 zile au apărut primele tumori — iar din a cincea zi — tumorile erau prezente (palpabile) la toate animalele. Aceeaşi explozie tumorală s-a produs şi la lotul III unde ASFA s-a administrat la 10 zile de la grefă cînd tumorile aveau dimensiuni, în medie, de 1,5/cm.

La loturile II şi IV s-a constatat o latenţă mai mare în apariţia tumorilor (6 şi respectiv 8 zile) în special la animalele care au primit ASFA 10 zile înainte de grefă (lotul IV).

Interesant de notat că la un şobolan din lotul III şi la unul din lotul IV, grefa a fost respinsă (de fapt este vorba de rezorbţia tumorilor care iniţial se palpau cît un bob de mazăre).

Perioadele de supravieţuire sînt oglindite în tabelul alăturat. Se remarcă astfel că durata de supravieţuire la loturile tratate este net superioară comparativ cu lotul martor. Media de supravieţuire cea mai mare (42,1 zile) a fost înregistrată la lotul care a primit 10 zile tratament cu ASFA după care s-a grefat tumora. Cea mai mică medie de supravieţuire (27,5 zile) s-a constatat la lotul martor urmat de lotul tratat cu ASFA a zecea zi după grefă tumorală (medie de supravieţuire 39 zile).

Se remarcă astfel că produsul ASFA ar avea o acţiune protectivă antitumorală care a dus la sporirea perioadei de latenţă în apariţia tumorilor şi în special, creşterea semnificativă a perioadei de supravieţuire a animalelor tratate. În general supravieţuirea animalelor tratate cu ASFA a fost în medie, cu 13,3 zile mai mare decît a martorilor netrataţi ceea ce reprezintă un plus de cca 48%.

Se notează în plus starea generală mai bună a şobolanilor din loturile tratate, greutatea superioară, troficitatea mai bună, aceste animale ajungînd la exitus după absedarea şi infectarea procesului tumoral în timp ce la martorii netrataţi tendinţa la caşexie, zburlirea şi căderea părului ca şi starea generală alterată erau evidente.

Din cele relatate se poate conchide că ASFA chiar dacă nu a influenţat direct procesul tumoral a contribuit la tonifierea generală a organismului şi implicit la creşterea rezistenţei faţă de agresiunea tumorală.

Deşi experienţele s-au efectuat pe un număr relativ mic de animale se poate conchide că ASFA este un produs cu acţiune trofică, deparabiotizantă care ar fi eficace în protecţia parţială a animalelor faţă de procesul canceros contribuind astfel la creşterea semnificativă a timpului de supravieţuire a animalelor cu grefă de tumoră Guèrin.

Tabel nr. 1

Ziua	SUPRAVIEŢUIRE					PROCENTAJ SUPRAVIEŢUIRE					Obs.
	Martor	Lot I	Lot II	Lot III	Total ASFA	Martor	Lot I	Lot II	Lot III	Total ASFA	
18	10	10	10	10	30	100%	100%	100%	100%	100%	
19	9	10	10	10	30	90%	100%	100%	100%	100%	
20											
21											
22											
23											
24											
25	8					80%					
26	6					60%					
27	5					50%					
28	3		9		19	30%	100%	90%	100%	96,66%	
29	2					20%					
30	1					10%					
31	0		8		28	0%	100%	80%	100%	93,33%	
32		8		9	25		80%	90%		83,33%	
33			7	8	23		80%	70%	80%	76,66%	
34				7	22		80%	70%	70%	73,33%	
35		7	5		19		70%	50%	70%	63,33%	
36											
37			4		18		70%	40%	70%	60%	
38		6			17		60%	40%	70%	56,66%	
39											
40		5	3	5	13		50%	30%	50%	43,33%	
41											
42											
43											
44		3		4	10		30%	30%	40%	33,33%	
45		2		3	8		20%	30%	30%	26,66%	
46			1		7		20%	10%	30%	20%	
47											
48											
49		1		2	4		10%	10%	20%	13,33%	
50											
51											
52											
53		0			2			10%	10%	7,33%	
54											
—											
—											
61				0	1			10%		3,33%	
—											
—											
65			0		0			0%		0%	

LEGENDA :

Martor medie de supravieţuire 27,5 zile.
Lotul I — 10 zile — tumoră + ASFA medie de supravieţuire 39 zile.
Lotul II — tumoră + ASFA a doua zi medie supravieţuire 41,2 zile.
Lotul III — ASFA 10 zile + tumoră + ASFA medie supravieţuire 41,2 zile.

EFECTUL PRODUS DE ASFA (ACID 4 SULFONFENOXIACETIC) ASUPRA LIMFOCITELOR ÎN CULTURĂ

P. Brânzei, Fl. Teodorescu, Olga Moraru, R. Duda, Florica Steva,
P. Boişteanu, Ana Verdeş
— Iaşi

Strategia stabilirii proprietăţilor unor compuşi chimici de sinteză cu valoare terapeutică impune printre altele, ca o necesitate, definirea potenţialeleor antigenice proprii produşilor sau, în alţi termeni, stabilirea diagnosticului de hipersensibilitate. Pentru scopuri similare, testele cutanate implică totuşi o anumită dificultate în execuție și un grad sporit de periculozitate. De aceea, testul transformării limfoblastice (TTL) capătă interes major în cadrul general al investigațiilor „in vitro" pentru diagnosticarea alergiilor medicamentoase, el putîndu-se adresa diferitelor tipuri de hipersensibilitate.

Scopul acestei lucrări rămîne subordonat principiilor enunțate mai sus, fiind angajat în studiu un compus cu destinație terapeutică — acid 4 sulfonfenoxiacetic (ASFA) — recomandat de către Clinica de psihiatrie „Socola" Iași. Specificăm faptul că urmărirea răspunsului limfocitar „in vitro" prin înregistrarea gradului de transformare blastică și proliferare limfocitară s-a constituit într-o primă etapă de lucru, încercîndu-se totodată măsurarea acestui răspuns prin determinarea relației doză-efect.

Material și metodă : S-au preparat suspensii de limfocite purificate prin metoda aderenței selective a elementelor sanguine pe vată de bumbac hidrofilă. Probele de sînge au provenit de la 12 persoane practic sănătoase, nesupuse vreunui tratament chimioterapic (medicamentos), situație care ar fi putut influența capacitatea de răspuns. Limfocitele aflate în supernatantul (plasma) separat din sîngele filtrat au fost suspensionate în mediu de cultură (conc. 1x10^6 cel/ml) și supuse condițiilor experimentale astfel că : — un tub martor conține doar cultura de bază (CB) ; — al 2-lea tub martor conține celule cultivate în prezența PHA (phytohaemaglutinin) ; — o serie de tuburi conțin celule în cultură la care s-a adăugat preparatul în diluții diferite (0,001, 0,01, 0,1, 1 mg/ml suspensie) ; — o serie de tuburi conțin celule cultivate în prezența PHA, la care s-a adăugat preparatul în diluții diferite.

S-a urmărit un model experimental identic, cu celule provenite de la aceleași persoane, dar după tratament cu ASFA (i.m.).

După o incubare la 37°C, timp de 5 zile, au fost preparate frotiuri colorate May Grünwald — Giemsa. Prelucrarea datelor a fost realizată statistic (testul t, Student-Fischer).

Rezultate și discuții : Reacțiile sînt considerate pozitive la apariția unui minim de 4% elemente blastice, atunci cînd CB manifestă o transformare spontană sub 1% (1), (2), (4). Acceptînd pentru aprecieri metoda raportărilor între categorii de condiții am încercat să surprindem efectul direct al antigenului asupra limfocitelor în cultură respectiv, în mod diferențiat, posibila interferență în acțiune a antigenului și PHA (tab. 1).

Tabel nr. 1

Valorile medii (%) ale transformărilor limfoblastice

	Martor — ASFA — PHA	Martor — ASFA + PHA	CB + ASFA — PHA				CB + ASFA + PHA			
			0,001	0,001	0,01	1	0,001	0,001	0,01	0,1
	I	II	III				IV			
med.	2,1 ±0,2	69,4 ± 0,4	2,1 ±0,2	2,3 ±0,5	2,0 ±0,2	2,0 ±0,2	14,2 ± 0,3	12,2 ± 0,2	11,0 ± 0,2	3,3 ±0,2

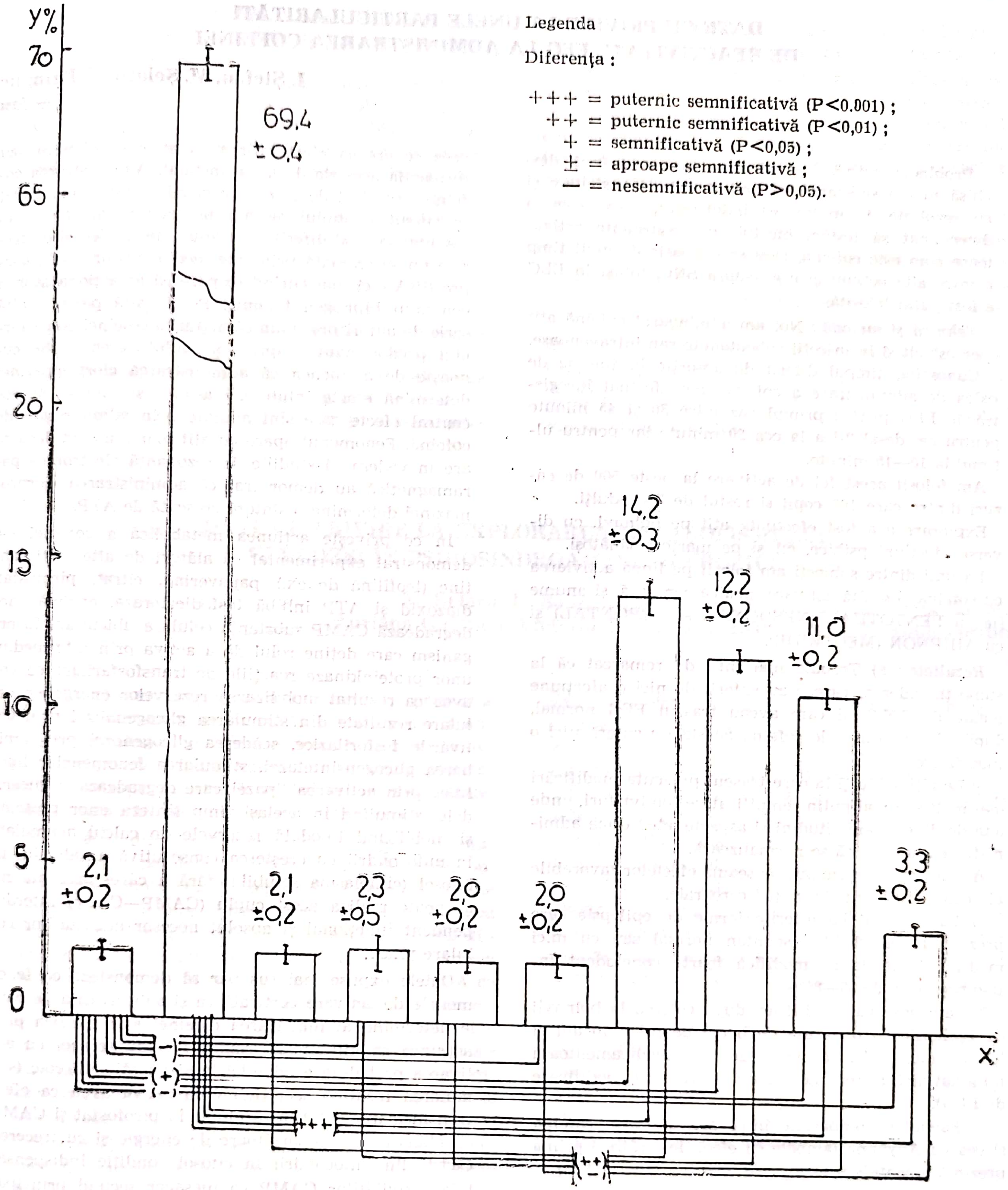
Faptele demonstrează cu certitudine că produsul utilizat (în concentrații diferite) adăugat suspensiei celulare nu provoacă procese de blastogeneză, diferența față de CB (III față de I) fiind nesemnificativă ($P>0,05$). Deși există o anumită dispersie a rezultatelor, diferența față de acelaș martor capătă semnificație atunci cînd culturilor cu antigen (primele 3 diluții) li se adaugă și PHA ($P<0,05$), (IV față de I).

Diferența devine însă puternic semnificativă ($P<0,001$), atunci cînd primul element al comparației îl constituie CB+ASFA+PHA, celălalt fiind reprezentat de a-l doilea martor (IV față de III). Situația este aproape identică ($P<0,01$) pentru primele 3 perechi de tuburi, diferite prin prezența / absența PHA, dar similare prin concentrația produsului adăugat (III față de IV), (fig. 1).

Subliniem totodată faptul că în culturile de limfocite provenite de la indivizi tratați în prealabil cu ASFA (i.m.), dinamica transformărilor blastice păstrează acelaș caracter.

Așadar, transformarea blastică considerată ca un test destul de specific pentru hipersensibilitatea de tip celular este nulă la acțiunea compusului ASFA asupra limfocitelor. Dintre posibilele cauze de negativare excludem, de la bun început, influența unor produși cu acțiune de inhibare a capacității de proliferare celulară (hormoni corticoizi, substanțe imunosupresive etc.) sau a diferitelor condiții patologice. Reținem însă că expunerea simultană a culturilor la influențele a doi antigeni, dintre care unul (PHA) cu acțiune mitogenă nespecifică, provoacă în final o reducere a proporției de transformări blastice (pînă la abolirea procesului) prin inhibarea potențialului de acțiune a PHA care, pînă în prezent, pare a fi unul dintre cei mai utili produși de testare a reactivității limfocitelor.

Lipsită de propietăți care ar putea provoca, în condiții de cultură, un răspuns blastogen pozitiv ASFA determină totodată, prin interferarea procesului mediat de PHA și o reducere a activității funcționale a limfocitului. Deși, în prezent nu sîntem în măsură a ne exprima asupra unor procese de mare subtilitate, observațiile noastre își păstrează conținutul practic, fiind în măsură a da un răspuns de certitudine cu privire la potențialul antigenic al produsului studiat.



Legenda

Diferența :

+++ = puternic semnificativă (P<0.001) ;
++ = puternic semnificativă (P<0,01) ;
+ = semnificativă (P<0,05) ;
± = aproape semnificativă ;
— = nesemnificativă (P>0,05).

Fig. 1. Exprimarea grafică a diferențelor de răspuns în tre categoriile de culturi celulare supuse experimentului

The authors use the test of lymphocyte transformation in order to determine the diagnosis of hypersensitivity mediated by cells to a new product of synthesis with therapeutic destination — ASFA (4 sulfonfenoxiacetic acid). The purpose is to watch the direct effect of the substance on a culture of lymphocytes as well as after they have been stimulated with PHA. At the same time, the dinamics of transformations of lymphocytes coming from persons treated with ASFA is watched.

It was noticed that the lymphocytes do not react upon this new product. At the same time the potential of action of PHA is inhibited. The differences between the resulted values are statisticaly ensured.

DATE CU PRIVIRE LA UNELE PARTICULARITĂŢI DE REACTIVITATE EEG LA ADMINISTRAREA COFEINEI

I. Ştefan, M. Şelaru, V. Hrimiuc
— *Iaşi*

Problema activării medicamentoase este încă deschisă nici o substanţă nefiind lipsită de toxicitate şi cu rezultate de multe ori îndoielnice, ceea ce ne-a determinat să testăm efectul unei substanţe activatoare cum este cofeina. Deşi se cunoaşte de mult timp printre alte acţiuni şi cea asupra SNC, totuşi în EEG a fost puţin folosită.

Tehnică şi metodă : Noi am administrat cofeină atît „per os“ cît şi în injecţii subcutanate sau intravenoase.

Cunoscînd timpul diferit de absorţie în funcţie de calea de administrare a cofeinei am efectuat înregistrările EEG pentru primul caz între 30 şi 45 minute pentru cel de-al 2-lea la cca 20 minute iar pentru ultimul la 10—15 minute.

Am folosit acest fel de activare la peste 500 de cazuri dintre care 105 copii şi restul de 395 adulţi.

Explorare a a fost efectuată atît pe bolnavi, cu diverse afecţiuni psihice, cît şi pe martori sănătoşi.

La unii dintre subiecţi am folosit pe lîngă activiarea cu cofeină şi o altă activare medicamentoasă, şi anume fie cu PENTOTHAL (NESDONAL sau EPONTAL) şi cu AHIPNON (MEGIMIDE).

Rezultate : a) Trebuie mai întîi de remarcat că la subiecţii indemni care n-au suferit de nici o afecţiune legată de S.N.C. şi care aveau traseul EEG normal, după administrarea de cofeină acesta nu suferă nici o modificare.

b) La alţi subiecţi la care traseul prezenta modificări mai mult sau mai puţin semnificative (polivîrfuri, unde teta de diverse amplitudini şi aspecte, etc.) după administrarea de cofeină se normalizează.

Aceste cazuri le-am pus pe seama efectelor favorabile ale cofeinei asupra circulaţiei cerebrale.

c) La subiecţii cu diferite forme de epilepsie care prezentau traseul EEG spontan normal sau cu mici modificări, acesta se modifică foarte concludent într-o proporţie de 80—85%.

Nu am observat modificări după cofeină la bolnavii cu Epilepsie cu o durată de boală de peste 10 ani şi la care nici o altă formă de activare medicamentoasă nu a dat nici un rezultat (nu a relevat nici o modificare de EEG).

d) Făcînd o comparaţie între activare prin cofeină şi cea cu Ahypnon (ambele cu efect de „trăire“) prima prezintă avantaje :

— nu are nici un efect toxic.

— are efect activant EEG mult mai pronunţat (prezenţa de unde lente cu aspect sinusoidal 3—4 c/s şi pînă la 300 mv) şi complexe vîrf-undă uneori degradate.

2. Activarea prin cofeină ar servi şi ca test de diferenţiere între modificările EEG date de tulb. circulatorii sau de leziuni cerebrale.

Discuţii : Cofeina este una dintre substanţele cu efect activator asupra performanţelor neuro-psihice, stimulînd fenomenele metabolice mobilizatoare de energie ceea ce are ca efect întîrzierea apariţiei oboselii sau dispariţia acesteia dacă s-a instalat. Administrarea cofeinei are efect de trezire în cazul că este administrat în cursul somnului mecanismul său de acţiune fiind discutat în mod diferit. Se presupune că efectul de trezire nu se exercită prin intermediul acţiunii sale asupra SRAA ci mai curînd se pare că ar acţiona asupra centrului hipnogen talamic. Pe de altă parte o altă serie de autori presupun că acţiunea cofeinei s-ar exercita predominant asupra cortexului cerebral. Se cunoaşte de asemenea că administrarea clorpromazinei determină efecte inhibitorii asupra sistemului nervos central efecte care sînt anulate prin administrare de cofeină. Fenomenul apare cu atît mai complex dacă se are în vedere că studiile de rezonanţă electronică paramagnetică au demonstrat că administrarea clorpromazinei determină o sinteză crescută de ATP.

În ce priveşte acţiunea metabolică a cofeinei s-a demonstrat experimental că alături de alte metilxantine (teofilină de ex.) papaverină, citrat, pirofosfat, diazoxid şi ATP inhibă fosfodieztoraza, enzimă care degradează CAMP substanţă celulară ubicuitară în organism care deţine rolul de a activa prin intermediul unor proteinkinaze reacţiile de transfosfarilare ce vor avea ca rezultat mobilizarea rezervelor energetice celulare rezultate din stimularea glicogenalizei prin activările fosforilazice, scăderea glicogenozei prin inhibarea glicogensintetazei, stimularea fenomenelor lipolitice prin activarea lipazei care degradează trigliceridele, stimulînd în acelaşi timp sinteza unor proteine şi mobilizînd totodată rezervele de calciu acumulate în mitocondrii cu creşterea consecutivă a calciului în citosol (citoplasma solubilă) fără a cărei prezenţă nu se poate realiza acest cuplu (CAMP—Ca^{++}) interdependent funcţional şi absolut necesar activităţilor celulare vitale.

Datele expuse mai sus par să demonsteze că fenomenele de activare corticală ca şi subcorticală pe care le determină administrarea cofeinei s-ar explica prin acţiunea sa inhibitorie asupra fosfodiesterazei cu activarea probabilă a adenilciclazei pe căi indirecte (stimularea insulino secreţiei) ceea ce va avea ca efect transformarea ATP intracelular în pirofosfat şi CAMP cu eliberare corespunzătoare de energie şi cu trecerea Ca^{++} din mitocondrii în citosol condiţie indispensabilă activităţilor CAMP ca mesager secund principal al proceselor catabolice generale. Calciu din citosol la rîndul său are un rol catabolic celular în relaţie funcţională cu CAMP realizînd împreună „cuplul funcţional catabolic“, calciu intervenind în procesele de membrană ca o adevărată pompă ionică ce utilizează rezervele de energie provenite din degradarea ATP.

Se cunoaşte că administrarea cofeinei pe muşchiul scheletic inhibă legarea calciului şi duce la creşterea sa în citosol. Efect asemănător îl are de asemenea în raport cu calciul, acetilcalina. Adenilciclaza care sintetizează CAMP este stimulată de imidazol, insulină şi exces de calciu, etc.

Subliniem de asemenea că există strînse relaţii funcţionale între cuplul catabolic Ca++ — adenilciclază — CAMP — fosfodiesterază cu hormonii hipofizari, ai glandelor cu secreţie internă, precum şi cu mediatorii chimici din sistemul nervos inclusiv cu hormonii hipotalamici de tip „releasing".

Menţionăm de asemenea rolul acestui sistem funcţional, respectiv la CAMP, în mediaţia adrenergică şi colinergică în sistemul nervos central şi periferic, în sinapse ca şi în joncţiunile neuromusculare.

In acelaşi timp s-a incriminat rolul CAMP în transmiterea sinaptică fiind se pare implicat în eliberarea presinaptică amantelor de acetilcolină. S-a demonstrat că narepinefrina determină o creştere a CAMP şi că că de asemenea în contextul cerebral ar fi cea mai intensă activitate adenilciclazică ca şi fosfodiesterazică şi îndeosebi la nivelul joncţiunilor sinaptice. Se presupune că CAMP mediază unele efecte ale Ach în Shc.

Datele de mai sus ar pleda în sensul activărilor cerebrale pe care le determină administrarea cofeinei care administrează asupra creierului prin intermediul CAMP-substanţă cu rol central în însăşi reglarea influxului nervos, prin intermediul proceselor metabolice de mobilizare a rezervelor energetice.

Rezultate şi concluzii : Rezultatele mai mult decit îmbucurătoare pentru noi ne permit următoarele concluzii : — indiferent de modul de administrare cofeina nu a dat nici un incident sau accident spre deosebire de toate celelalte substanţe medicamentoase folosite ; — are efect mult mai favorabil decît celelalte substanţe de trezire (ahypnon etc.) — nu modifică în nici un fel traseul normal — serveşte ca diferenţiere între modificările EEG determinate de ordin circulator sau de alte afecţiuni ale S.N.C.

DATE CU PRIVIRE LA EXPLORAREA METABOLISMULUI GLUCOZEI ÎN PSIHOSINDROAMELE NEVROTICE

M. Şelaru, L. Ballif, Olga Moraru, Lorica Borza, Maria Balţatu, Adriana Gafencu, Victoria Teofănescu, Liana Segal, Virginia Fortuna

— Iaşi

Se ştie de mult timp deja că o scădere sub proporţia normală a conţinutului sîngelui în glucoză poate să antreneze manifestări de serie neuropsihică care cunosc grade de gravitate foarte variate : de la un simplu tremor, o senzaţie subiectivă de foame, de instabilitate, pînă la tulburări ale cunoştinţei şi chiar comă.

S-au făcut diferite examene care descoperă nu numai scăderea patologică a glicemiei, ci şi cauza sa. Căci hipoglicemia este susceptibilă să apară în foarte numeroase şi diverse împrejurări etiologice. În mod obişnuit se disting hipoglicemiile spontane de hipoglicemiile provocate, împărţire destul arbitrară şi termen inexact, pentru că în formele spontane se plasează de obicei stările de hiperinsulinism prin adenom Langerhansian : hipoglicemia nu este atunci spontană, ci cu totul secundară unei leziuni morfologice sau funcţionale care nu a fost identificată : hipoglicemia în aceste cazuri se comportă în adevăr ca un fenomen spontan la prima vedere.

In formele provocate se situează toate comele insulinice fie survenind în timpul insulinoterapiei a unui diabet, fie sub forma unei come, cu final terapeutic psihiatric, ca în cura Sakel ;

Problema hipoglicemiilor şi traducerea lor neuropsihiatrică luată în ansamblu pare să ne ofere un dublu interes : unul este de ordin practic ; trebuiesc cunoscute pentru a le evita, diagnostica, pentru a le trata, aceste accidente pe care anumiţi autori le-au grupat sub termenul de encefalopatii hipoglicemice (Boudin). Uneori manifestările neurologice şi psihice apar ca primitive, ca izolate. Noţiunea unei origini hipoglicemice orientează cercetările biologice şi anatomo-patologice, motivul principal este descoperit în acelaşi timp, corectarea găsită ; — celălalt este de ordin teoretic ; întrebarea este prin ce mecanism fizio-patologic această scădere de zahăr sanguin este susceptibilă să antreneze perturbaţii mai întîi funcţionale, apoi cu un grad în plus de gravitate şi durată, organice lezionale, putînd să atingă pragul ireversibilităţii şi să-l depăşească. Dozările glicemiei, experienţei funcţionale şi terapeutice, înregistrarea electroencefalogramei, semnalează originea hipoglicemică a anumitor manifestări neurologice şi psihice care, fără aceste cercetări riscau să fie considerate ca primitive, datorate evoluţiei lor spontane. Comele hipoglicemice în particular sînt periculoase prin frecventa lor ignorare (nerecunoaştere). Se citează mai multe cazuri de resuscitare în extremis ca urmare a gestului salvator făcut la întîmplare de o injecţie intravenoasă cu glucoză.

De un interes mai general încă, chestiunea manifestărilor neuropsihice ale hipoglicemiilor se leagă de organicitatea numeroaselor psihoze, de înlăturarea frontierei arbitrare între somatic şi psihic.

Am efectuat un studiu clinico-statistic pe un număr de 107 cazuri de hipoglicemii la care s-a practicat proba hiperglicemiei provocate în cadrul Serviciului clinic 2 femei — Spitalul de Psihiatrie „Socola Iaşi, pe perioada 1 ianuarie 1977 — 1 martie 1978. În cadrul acestui studiu, cele 107 cazuri au fost repartizate pe grupe de vîrstă după cum urmează :

Tabel nr. 1

	Grupa de vîrstă (ani)								
	16—20	21—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46—50	51—55	56—60
Nr. cazuri	4	19	30	17	15	12	5	4	1
%	3,74	17,75	28,03	15,88	14,01	11,21	5,67	3,73	0,93

ANTECEDENTE HEREDO-COLATEIALE :

— *tata :* ciroză hepatică 2 cazuri (1,86%) ; boala Addison 1 caz (0,93%) ; TBC pulmonar 3 cazuri (2,71%) ; epilepsie 1 caz (0,93%) ; ulcer gastroduodenal 3 cazuri (2,71%) ; afecțiuni cardiovasculare 3 cazuri (2,71%) ;

— *mama :* sindrom nevrotic 1 caz (0,93%) ; migrenă 2 cazuri (1,86%) ; hipertensiune arterială 2 cazuri (1,86%) ; alte boli cardio-vasculare 2 cazuri (1.86%) ; reumatism cronic 1 caz (0,93%) ; tumori ale aparatului genito-urinar 2 cazuri (1,86%) ; tumori cerebrale 1 caz (0,93%) ; neoplazii 1 caz (0,93%) ; litiază biliară 2 cazuri (1,86%) ; spasmofilie 2 cazuri (1,86%) ;

— *frați :* boli psihice 1 caz (0,93%) ; boli ale aparatului renal 1 caz (0,93%) ; boli hepatice 1 caz (0,93%).

ANTECEDENTE PERSONALE FIZIOLOGICE

Caracterul menstrelor : — menstre cu caracter normal am constatat la un număr de 79 paciente repartizate pe grupe de vîrstă astfel : — caracter dureros la 16 cazuri (14,95%) — menstre abundente la 9 cazuri (8,41%) ; — menstre hipomenoreice la 3 cazuri (2,71%).

ANTECEDENTE PERSONALE PATOLOGICE

Am constatat la un număr de 16 cazuri rujeolă (15,95%). Apendicectomie la 21 cazuri (19,61%). Rubeolă scarlatină 11 cazuri (9,28%). Varicelă 15 cazuri (14,01%). Malarie 3 cazuri (2,71%) ; tifos exantematic 1 caz 0,93%) ; infecții respiratorii 6 cazuri (5,60%) ; hepatită epidemică 13 cazuri reprezentînd (12,14%) ; traumatisme cranio-cerebrale 8 cazuri (7,47%) ; tumori uterine operate : 4 cazuri (3,73%) ; meningite 1 (0,93%) caz ; ulcer gastroduodenal : 7 cazuri (6,54%).

După numărul de internări în Spitalul de psihiatrie repartiția este astfel :

Tabel nr. 2

	Numărul internărilor			
	1	2	3	4
Nr. cazuri	70	19	11	7
%	65,42	17,75	110,27	6,54

Principalele cauze care au determinat apariția bolii psihice au fost : traumă psiho-familială, suprasolicitări la locul de muncă și în familie, conflicte la locul de muncă, suferințe somatice, după o sarcină, copil bolnav, decesul unei rude apropiate, traume afective, traumatisme cranio-cerebrale, sentiment de nerealizare.

Incidența pe cauze este astfel repartizată : *traume psiho-familiale* la 29 cazuri reprezentînd 27,10%, *suprasolicitări* la 20 de cazuri (18,68%), *conflicte la locul de muncă* 15 cazuri (14,01%), suferințe somatice la 12 cazuri (11,21%), *după o sarcină* la 7 cazuri reprezentînd 6,54%, *copil bolnav* la 7 cazuri (6,54%), *decesul unei rude apropiate* la 6 cazuri (5,60%), *traumă afectivă* la 5 cazuri reprezentînd (4,67%), *traumatism cranio-cerebral* la 5 cazuri reprezentînd (4,67%), sentiment de nerealizare 1 caz, reprezentînd 0,93%.

Simptomele de debut ale bolii au fost marcate prin : *cefaleea* am constatat-o la un număr de 44 cazuri, reprezentînd 41,12%, *insomnia* 32,71%, *vise terifiante* la 9 cazuri (8,41%), *nervozitate* am constatat-o la un număr de 7 paciente reprezentînd 6,54%, *labilitate neurovegetativă* la 9 cazuri reprezentînd 8,41%, *iritabilitate* la 61 paciente reprezentînd 57,14%, *stare de neliniște* la 13 paciente reprezentînd 12,14%, *stare de depresie* la 10 paciente reprezentînd 9,34%.

TULBURĂRI VISCERALE ASOCIATE

Principalele tulburări viscerale constate și confirmate în clinicile de specialitate sînt repartizate după cum urmează : *spasmofilie* 37,38%, *dischinezie biliară* 9,34%, *colecistică cronică* la 6 cazuri (5,60%), *gușă simplă* la 6 cazuri reprezentînd 5,60%, *anexită cronică* 4,67%, *ulcer gastro-duodenal* 3,73%, *hipertensiune arterială* la 4 cazuri reprezentînd 3,73% dintre care : *chist ovarian* 3,73%, *spondilartroză cervico-dorsală* 2,71%, *hipertiroidie* 2,71%, *hipotiroidie* 1,86%, *hepatită cronică* 1,86%, *hipopituitarism* 1,86%, *alergie medicamentoasă* 1,86%, *anemie hipocromă postpartum* 1,86%, *sindrom adiposo-genital* 0,93%, *traumatism cranio-cerebral* 0.93%, *astigmatism* 0,93%, *colită cronică* 0,93%, *bronșită cronică* 0,93%, *insuficiență ovariană* 0,93%, *insuficiență cortico-suprarenală* 0,93%.

Tulburări neurologice : parestezii am constat la 28 cazuri reprezentînd 26,14%, *vertije* am constatat la 55 cazuri reprezentînd 51,40%, *hiperreflectivitate osteotendinoasă* 4,67%, *mialgii* 3,73%.

In ceea ce privește simptomele clinice psihiatrice constatate la cazurile studiate, repartiția lor se prezintă în felul următor : *astenie* 75,70%, *labilitate emoțional-vegetativă* 71,95%, *cefalee* 63,55%, *insomnie* 62,61%, *depresie* 60,74%, *hipomnezie de fixare* 60,74%, *hipoprosexie* 51,40%, *anxietate* 46,73%, *autoanaliză fobică* 44,85%, *fixații cenestopate* 35,51%, *vise terifiante* 38,03%, *dispoziție neplăcută* 25,23%, *scăderea randamentului activității* 23,36%, *nervozitate* 21,49%, *tremurături ale extremităților* 16,84%, *procese obsesivo-fobice* 15,88%, *apatoabulie* 14,95%, *inapetență* 14,95%, *bradilalie* 14,95%, *bradipsihie* 14,95%, *impulsivitate* 14,01%,*scăderea puterii de concentrare* 13,08%, *transpirații* 13,08%, *tulburări de percepție* 13,08%, *interpretări hipocondriace* 11,21%, *scăderea ideației* 10,28%, *nu suportă zgomotul* 10,28%, *toleranță scăzută la cafea* 10,28%, *cefalee cu caracter migrenoid* 9,34%, *oscilații ale tensiunii arteriale* 8,41%, *toleranță scăzută la alcool* 8,41%, *dureri epigastrice* 7,47%, *dureri periombilicale* 7,47%, *suspendarea cunoștinței* 7,47%, *hiperes-*

tezie cutanată 6,54%, *lipotimie* 5,60% *indiferentism* 5,60%, *agitație psihomotorie* 4,67%, *hipotimie* 4,67%, *labilitate afectivă* 5,67%, *nosofobie* 3,73%, *fotofobie* 3,73%, *durere morală* 3,73%, *tanatofobie* 2,71%, *tentativă suicidară* 2,71%, *iritabilitate explozivă* 2,71%, *fenomene de automatism ambulator* 2,71%, *emisiune spontană de urină* 2,71%, *revendicativitate* 2,71%, *dezorientare pasageră în timp și spațiu* 2,71%, *claustrofobie* 2,71%.

Hiperglicemia provocată. Metoda : după priza de sînge matinală în vederea determinării glicemiei pe nemîncate, se administrează oral 100 g glucoză (sau 1,75 g glucoză/kg corp greutate ideală, corespunzătoare înălțimii) in 150 ml apă (ușoară greață). Apoi se recoltează sînge după 30, 60, 90, 120 și 180 minute, în vederea dozării glicemiei.

În mod normal glicemia nu trece de 180 mg%, iar după 90—120 min se ajunge la valoarea inițială, valorile mai tardive indicînd în ce măsură există tendința la hipoglicemie. De asemenea, nu trebuie să apară glicozurie în proba de încărcare.

Hiperglicemia provocată s-a practicat la un număr de 107 cazuri reprezentînd 100% — la paciente ce manifestau fenomene clinice hipoglicemice ; glicemia „à jeun“ a avut următoarele valori : 0,70 g‰ 1 caz ; 0,75 g‰ 4 cazuri, 0,78 g‰ 2 cazuri, 0,80 ‰ 29 cazuri, 0,81 g‰ 5 cazuri, 0,82 g‰ 10 cazuri, 0,83 g‰ 8 cazuri, 0,84 g‰ 6 cazuri, 0,85 g‰ 5 cazuri, 0,86 g‰ 12 cazuri, 0,87 g‰ 2 cazuri, 0,88 g‰ 3 cazuri, 0,89 g‰ 3 cazuri, 0,90 g‰ 3 cazuri, 0,91 g‰ 2 cazuri, 0,92 g‰ 1 caz, 0,93 g‰ 4 cazuri, 0,95 g‰ 1 caz, 0,96 g‰ 1 caz, 1,01 g‰ 1 caz, 1,03 g‰ 1 caz, 1,05 g‰ 1 caz, 1,07 g‰ 3 cazuri.

Valorile maxime ale glicemiei obținute în cadrul curbei hiperglicemice provocate sînt : sub 1 g‰ — 55 paciente (51,40%) ; 1—1,10 g‰ — 19 paciente (17,76%) ; 1,10—1,20 g‰ — 16 paciente (14,95%) ; 1,20—1,30 g‰ — 4 paciente (3,73%) ; 1,30—1,40 g‰ — 9 paciente (8,41%) ; 1,50—1,60 g‰ — 4 paciente (3,73%).

Valorile minime ale gicemiei obținute în cadrul curbei hiperglicemiei provocate sînt : 0,50—0,60 g‰ — 4 cazuri (3,73%) ; 0,61 — 0,70 g‰ — 14 cazuri (13,08%) ; 0,71—0,80 g‰ — 61 cazuri (57,0%) ; 0,81—0,90 g‰ — 26 cazuri (27,19%) ; 0,93 g‰ — 2 cazuri (1,86%).

Electroencefalograma

Din cele 107 cazuri studiate, la un număr de 79 (73,83%) s-a practicat electroencefalograma, dintre care : EEG cu activare la 32 cazuri reprezentînd 29,90% ; EEG simplă la 47 cazuri reprezentînd 43,92%.

La 49 de cazuri am constatat un traseu EEG de aspect normal, reprezentînd 55,79% ; La 30 de cazuri am constatat modificări ale traseului reprezentînd 28,03% cu următoarele aspecte : — ritm teta la 18 cazuri (17%) ; ritm delta 3 cazuri (2,71%) ; complexe vîrf-undă la 11 cazuri (10,28%) ; unde lente de aspect sinusoidal 2—3 c/s și 250 mV la 16 cazuri (14,95%) ; ritm teta intercalat cu alfa și delta la 5 cazuri (4,67%) ; complexe vîrf-undă cu unde lente de aspect sinusoidal 2—3 c/s și 250 mV la 7 cazuri (6,54%).

Probe hepatice : S-a efectuat thimolul la un număr de 85 cazuri, reprezentînd 79,35% și am găsit : 2 u la 56 cazuri ; 3 u la 18 cazuri ; 4 u la 7 cazuri ; 5 u la 1 caz ; 6 u la 2 cazuri ; 7 u la 1 caz.

Peste 4 u am constatat thimolul la un număr de 4 cazuri, reprezentînd 3,73%.

Transaminazele TGO și TGP s-a practicat la un număr de 9 cazuri fiind în limite normale.

Calcemia la un număr de 93 de cazuri reprezentînd 86,91%, inregistra valori în limite normale între 4,75 mEq/1—2,5 mEq/1.

Hemograma s-a efectuat la un număr de 92 de cazuri reprezentînd 85,98%, dintre care : 2,5—3 mil. hematii/mm^3 la 7 cazuri (6,54%) ; 3—3,4 mil hematii/mm^3 la 15 cazuri (10,01%) ; 3,5—4 mil. hematii/mm^3 la 36 cazuri (33,64%) ; 4—4,5 mil. hematii/mm^3 la 31 cazuri (28,96%) ; 4,5—5 mil. hematii/mm^3 la 3 cazuri (2,71%) ; Sub 3,5 mil. hematii/mm^3 am constatat la un număr de 22 cazuri (20,56%).

Hemoglobina la un număr de 86 cazuri reprezentînd 80,37% dintre care : hemoglobina = 50% la 6 cazuri, 61—70% la 18 cazuri, 71—80% la 42 cazuri, 81—90% la 20 cazuri. Sub 70% am constatat hemoglobina la 24 cazuri (22,42%).

Leucograma la un număr de 92 cazuri reprezentînd 85,98=. Leucocitele sub 4000/mm^3 am constatat la 22 cazuri, reprezentînd 20,56%.

Polimorfonucleare neutrofile peste 70% am constatat la 17 cazuri (15,88%).

Eozinofile peste 4% am constatat la 15 cazuri (14,01%).

Limfocitoză (limfocite peste 40% am constatat la un număr de 6 cazuri (5,60%).

Electrocardiograma s-a efectuat la un număr de 21 de cazuri (19,62%) și am constat EKG de aspect normal la 18 cazuri (16,82%). 1 caz (0,93%) microvoltaj al complexelor ventriculare ; 1 caz (0,93%) extrasistolie ventriculară ce se reduce la tratament.

Metabolismul bazal s-a practicat la un număr de 8 cazuri (7,47%) dintre care : 3 cazuri cu valoare de —7% ; 3 cu —10,4% ; 1 caz cu —20% și 1 caz cu valoare de —23%.

RELAȚIA ÎNTRE MEDICAȚIA NEUROTROPĂ ȘI METABOLISMUL PROSTAGLANDINIC

M. Nechifor, S. Dumitrescu
— Iași

De circa 15 ani s-a descoperit existența prostaglandinelor în sistemul nervos central, evidențiindu-se numeroase acțiuni ale acestora (6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 40). Actualmente se cunosc numeroase interacțiuni între substanțele neurotrope și metabolismul prostaglandinic.

Grupele de medicamente neurotrope pentru care este cunoscută interferenţa cu metabolismul prostaglandinic sînt următoarele: Analgetice — (antipiretice antiinflamatoare), Analgetice narcotice; etanolul, barbituricele, amine de trezire: — (amfetamina), inhibitori de M.A.O.: (Fenelzina, Fenilpropilhidrazina, Nialamida), Antidepresante triciclice: (grupa imipraminei, grupa nortriptilinei), Neuroleptice: — (butirofene, — fenotiazine). Anxiolitice — (benzodiozepine). Alfa-blocante adrenergice: (derivaţii de ergot, fenoxibenzamina). Beta-blocante adrenergice: — (propranolol, pindolol. Unele droguri antihipertensive cu acţiune mediată de S.N.C.: (clonidina, alfa-metil-DOPA).

1. Numeroşi autori au arătat implicarea prostaglandinelor,îndeosebi a celor din grupul E în producerea febrei. S-a demonstrat că pirogenii exogeni şi endogeni produc febra nu prin stimularea directă a centrului termogenerator din hipotalamus ci prin intermediul stimulării sintezei hipotalamice de prosta-glandine.

Un singur grup de cercetători condus de Cranston susţine că pentru producerea febrei de către pirogeni endogeni stimularea sintezei de prostaglandine nu ar fi o etapă obligatorie, dar recunoscînd că şi în acest caz inhibitorii de ciclooxigenază au efect antipiretic puternic. Medicamentele din grupul analgeticelor antipiretice antiinflamatorii inhibă sinteza hipotalamică de prostaglandine şi suprimă febra. De remarcat că medicamentele din acest grup (din care cel mai puternic inhibitor al sintezei de prostaglandine este indometacinul) inhibă sinteza fără a antagoniza acţiunea prostaglandinelor.

2. Morfina, dar şi apomorfina, stimulează sinteza de prostaglandine.

Ampomorfina (0.1—100 μg/ml) creşte sinteza de prostaglandine de 1,26—4,42 ori. O concentraţie de 1,71μg/ml apomorfina creşte cu 50% sinteza prostaglandinică.

Morfina in concetraţie de 0,1—100 μg/ml morfină sinteza de PGE_2 creşte de 2,47 ori iar sinteza de PGE_2 alfa de 1,66 ori. Prin faptul că stimulează sinteza de prostaglandine se explică unele efecte secundare apărute după morfină şi apomorfină cum ar fi voma, modificările de glicemie etc.

Snyder consideră că unul dintre mecanismele care permit instalarea toleranţei la unele droguri cum sînt etanolul. morfina etc. îl constituie alături de modificările la nivelul receptorilor şi creşterea metabolizării acestor substanţe dacă sînt consumate cronic.

Noi considerăm că un alt mecanism de apariţie a toleranţei la unele droguri îl constituie stimularea sintezei de prostaglandine la nivel cerebral, prostaglandine care apoi modifică răspunsul adenilciclazei neuronale la diverşi stimuli precum şi concentraţia nucleotidelor ciclice intraneuronlae.

3. Collier şi colab. arată că etanolul în concentraţie de 15—50 mg/ml creşte cu 50% sinteza de prostaglandine.

De Laude demonstrează că etanolul produce o uşoară deprimare a răspunsului vascular la acid arahidonic.

Liljequist şi Engel au arătat că administrarea cronică de etanol produce creşterea concentraţiei cerebrale de noradrenalină, iar acţiunea de stimulare concomitentă a sintezei de prostaglandine ar putea fi unul dintre mecanismele compensatoare, de adaptare a organismului, prostaglandinele antagonizînd acţiunea noradrenalinei. În acelaşi timp, expunerea cronică la etanol determină creşterea concentraţiei dopaminei cerebrale.

4. Horrobin arată că hipnoticele stimulează sinteza de PGE_1 şi PGE_2. Prostaglandinele din grupul E potenţează somnul barbituric. Bhattacharya şi Senyol arată că PGE_1 creşte pragul convulsivant şi poten-"ează acţiunea anticonvulsivantă a fenobarbitalului.

5. Benzedrina are o acţiune de inhibare a ciclooxigenazei. Moncada şi colab. arată că în concentraţii mari această substanţă inhibă şi tromboxansintetaza. Faţă de ciclooxigenaza pulmonară I C_{50} este de 65μM.

6. Dintre inhibitorii de M.A.O. au fost studiaţi în legătură cu metabolismul prostaglandinic fenilpropilhidrazina, fenelzina şi nialamida. Toţi aceşti inhibitori de M.A.O. inhibă sinteza de prostaglandine. Fenelzina are IC_{50} faţă de ciclooxigenaza din medulara renală de 6,25 + 10^{-6} M (31), ceea ce înseamnă că se apropie de puterea inhibitorie a fenilbutazonei. Nialamida şi menilpropilhidrazina au o acţiune inhibitorie mai slabă.

7. Toate antidepresantele triciclice inhibă ciclooxigenaza. Cele mai active sînt imipramina IC_{50} = 35 μM şi protriptilina IC_{50} = 27 μM. Mtabaji şi colab. arată că la nivel vascular clorimipramina are şi un efect de antagonizare a efectelor PGE_2.

Horrobin şi colab. arată că inhibiţia acţiunii PGE_2 prin clorimipramină se produce prin interferarea transportului prostaglandinic de calciu. Clorimipramina (2 μg/ml) inhibă şi contracţia ileonului dată de PGE_2.

Hedqvist arată că antidepresantele triciclice reduc captarea sinaptică de norodrenalină pe cînd PGE_1 şi PGE_2 o cresc.

8. Butirofenonele stimulează probabil sinteza de prostaglandine. Această concluzie se desprinde şi din studiile noastre care arată că stimularea musculaturii netede de ctăre haloperidol, dihidrobenzperidol şi trifluoperidol este abolită de indometacin. Haloperidolul a fost utilizat cu succes în tratamentul crizelor hipertensive, ceea ce s-ar putea explica prin creşterea sintezei de prostaglandine. Clorpromazina la concentraţii 10^{-4}—10^{-5}M creşte cu 37% sinteza de prostaglandine. Vogel şi colab. (31) susţin că haloperidolul nu ar influenţa sinteza de prostaglandine. Studiile noastre arată că acţiunea catatonigenă a haloperidolului şi clorpromazinei este diminuată de indometacin, ceea ce pledează pentru o implicare a prostaglandinelor în mecanismul de producere a catationiei.

9. Benzodiazepinele inhibă sinteza de prostaglandine. Diazepamul are LC_{50} de 59 μM, iar clozapinul de 27 μM (25).

În raport cu stimularea nervoasă noradrenergică prostaglandinele joacă un triplu rol:

a) un rol de retroinformare deoarece noradrenalina stimulează sinteza de prostaglandine E iar acestea prin feed-back negativ diminuă eliberarea de noradrenalină;

b) un rol modulator prin acţiunea prostaglandinelor asupra adenilciclazei postsinaptice;

c) un rol efector postsinaptic. În acest sens un rol important il joacă influența directă a prostaglandinelor asupra transportului transmembranar de Na^+, K^+ și Ca^{++}.

Deoarece în sistemul nervos central există receptori alfa și beta adrenergici și deoarece medicația alfa și beta-blocantă acționează pe acești receptori din SNC am considerat util să evidențiem implicațiile blocantelor adrenergice în metabolismul prostaglandinic.

10. Ergotamina, dihidroergotamina și metilergotamina stimulează sinteza și eliberarea de prostaglandine. Inhibarea sintezei de prostaglandine suprimă contracția musculară uterină dată de derivații de ergot.

Divascanul (izopropilnoradrenocromsemicarbazonă), un produs antimigrenos și el inhibitor de ciclooxigenază (IC_{50} 2 x 10^{-5}M).

Fenoxibenzamina (1 μg/min) perfuzată în splină produce reducerea sintezei și eliberării de prostaglandine.

Diferența între comportarea fenoxibenzaminei și a derivatelor de ergot față de sinteza prostaglandinică ridică problema unei posibile diferențe în modalitățile de acțiune a celor două substanțe pe alfa receptori.

11. Beta-blocantele adrenergice stimulează sinteza de prostaglandine E.

Durao și Rico arată că efectul antihipertensiv al pindololului și propranololului este mult diminuat atunci cînd se administrează indometacin. Prin stimularea sintezei de PGE_1 și PGE_2 s-ar explica acțiunea vazodilatatoare a beta-blocantelor.

Un aspect încă controversat il reprezintă interferența dopaminei cu metabolismul prostaglandinic. Chevillard și colab. arată că o parte din efectul vazodilatator al dopaminei (pe circulație arterială renală) este mediat de prostaglandine deoarece indometacinul il deprimă. Există și posibilitatea unor interacțiuni similare în SNC.

12. Clonidina stimulează sinteza de prostaglandine în cord și în creier. Traube și colab. arată că și alfa-metil-DOPA crește sinteza de PGE^1 și PGE^2 în creier. Influența rezerpinei este controversată. Unii autori susțin existența unei acțiuni inhibitorie asupra ciclooxigenazei alții o contestă.

Manku și Horrobin susțin că și unele substanțe care nu sînt neurotrope își datorează unele efecte terapeutice sau toxice interferării cu metabolismul prostaglandinic cerebral. Astfel cinconismul este considerat ca datorîndu-se inhibiției sintezei cerebrale de prostaglandine.

Menționăm în încheiere că tulburări în metabolismul prostaglandinic sînt incriminate în patogenia unor grave afecțiuni psihice. Astfel Horrobin consideră că schizofrenia se datorește unei deficiențe în sinteza de prostaglandine, unei scăderi în concentrația lor cerebrală.

În sprijinul ideii sale că schizofrenii au un deficit în prostaglandine E autorul mai sus menționat arată că acești bolnavi au o vazoconstricție periferică, sînt mai rezistenți la inflamații și faptul că unele medicamente utilizate în terapia schizofreniei ar stimula producerea de prolactină care la rîndul ei este un stimulant al sintezei de prostaglandine.

Ignorate aproape complet pînă în 1960, prostaglandinele apar azi implicate în numeroase procese normale și patologice ca și în nenumărate efecte farmacologice.

ASPECTE PRIVIND ACTIVITATEA FUNCȚIONALĂ ȘI BIOELECTRICĂ A APARATULUI NEURO-MOTOR, CORELATE CU POSIBILITĂȚILE DE ADAPTARE A ORGANISMULUI LA EFORT

V. Răscanu, C. Solomon, C. Teodorescu
— Iași

Efortul fizic reprezintă, prin definiție, o solicitare motorie cu caractere bine precizate, condiționată de anumiți parametri (sarcină, durată, ritmicitate etc.), iar antrenamentul fizic se reduce la un proces de creștere a capacității adaptative a organismului la efort, prin mobilizarea rezervelor sale funcționale, imprimind un travaliu mai intens și optim al aparatului motor, cu participarea diverselor mecanisme de reglare neuro-vegetative și umorale, responsabile de revitalizarea în oxigen și material energetic a musculaturii solicitate.

Cu tot caracterul complex al mecanismelor de reglare, adaptare și coordonare a proceselor fiziologice care se desfășoară în cursul efortului fizic, ele pot fi reduse la corelațiile, principial simple, dintre centru și periferie. Procesul complex de comandă și coordonare a actului motor, cu defalcarea îndeplinirii succesive a funcțiilor de comparare, codificare și reglare prin intermediul diferitelor mecanisme puse în joc de către organism, constituie una din problemele cele mai importante discutată în prezent în domeniul fiziologiei muncii.

Este cert faptul că toate funcțiile și mecanismele de reglare și de adaptare a motilității se acordează între ele și se optimizează pe baza a două criterii bine definite și anume: realizarea maximului de energie economică și a unei activități optime în timp. Intervenția sistemului nervos central în realizarea travaliului fizic se prezintă sub două aspecte: neuro-somatic și neuro-vegetativ, ambele în strînsă reciprocitate, iar mecanismele de adaptare funcţională, pe principiul conexiunii inverse, se petrec simultan la ambele nivele ale aparatului motor, central şi periferic.

Numeroase cercetări au dovedit complexele relaţii reciproce dintre diferitele funcţii ale organismului şi dependenţa lor de influenţele centrilor nervoşi, ceea ce a determinat, în ultimele două decenii, revizuirea critică a unor funcţii şi mecanisme principale de reglare şi adaptare a organismului în travaliul fizic.

În cele ce urmează, ne vom referi îndeosebi, numai asupra unora din aspectele mai importante ale activităţii funcţionale şi bioelectrice ale aparatului, manifestate în cursul proceselor de adaptare faţă de diferitele solicitări impuse de travaliul fizic comandat, rezultate din cercetările noastre.

1. *Aspecte ale excitabilităţii cronaxice neuro-musculare în procesul de subordonare :* Acest proces este o funcţie exclusivă a sistemului nervos central, de transmitere la distanţă a impulsurilor care modifică excitabilitatea lanţului de neuroni motori şi a aparatului neuro-muscular. Activitatea motorie este subordonată acestor mecanisme de reglare şi adaptare a cronaxiilor motoneuronilor şi sinapselor neuro-musculare pentru executarea variatelor activităţi fizice. Această funcţie, nu numai că este analoagă, dar şi sinergică cu funcţia de adaptare îndeplinită prin sistemul vegetativ simpatic, funcţie stabilită mai întîi prin studiile lui Cammon, urmate de importantele cercetări ale lui Orbeli, Magniţki, Verzilova ş.a.

Modificările raportului dintre acţiunile de subordonare şi adaptare transmise pe cale somatică şi simpatică provoacă, după cum am constatat, variaţii diferite ale heterocronismului neuro-muscular, care pot îngreuna sau chiar întrerupe în caz de suprasolicitare, oboseală etc. trecerea impulsurilor motorii de la nerv la muşchi, mecanism pe care l-am denumit, în acord cu cercetările lui Magniţki „inhibiţie de subordonare“. În timpul travaliului fizic se pot produce, după cum au arătat cercetările noastre, grade diferite ale acestei inhibiţii, după cum acest heterocronism şi egalizarea raportului Bourguignon se răsfrînge la un număr mai mare sau mai mic de unităţi neuro-motorii, la toată masa muşchiului sau la grupe de muşchi sinergici şi antagonişti ; consecutiv, apar grade diferite de scădere a forţei musculare.

In cercetările noastre, am putut astfel constata, că după lucrul intens prelungit pînă la oboseală, se produce îndeosebi la persoanele neadaptate la efort, o scădere evidentă a funcţiei de subordonare, exprimată prin creşterea valorilor cronaxiei musculare (subordonare negativă) şi a raportului cronaximetric, acompaniate şi de anumite modificări ale traseelor electromiografice. Acest fapt indică o tulburare funcţională a centrilor de subordonare şi de adaptare, a raportului dintre activitatea de subordonare corticală şi respectiv subcorticală, fapt demonstrat şi în cercetările noastre experimentale pe animale, în cazul extirpării chirurgicale a cortexului motor sau în cursul reanimării lor după hemoragii masive (animalele prezentînd simptome de decorticare).

Funcţia de subordonare, în corelaţie cu cea de adaptare se manifestă însă, şi prin al doilea aspect al mecanismului, denumit „facilitare de subordonare“ şi care constă într-o frînare activă a heterocronismului, manifestată cu precădere la persoanele antrenate în munca fizică, care tinde să se instaleze în cursul travaliului depus, echilibrînd şi armonizînd jocul variabil al cronaxiilor în diferitele verigi ale lanţului de motoneuroni interpus între cortexul motor şi organul efector (muşchi) în procesul de adaptare la efort.

2. *Asepcte ale funcţiei de adaptare şi coordonare a mişcărilor în travaliul fizic impus :* În problema reglării şi coordonării mişcărilor, rolul activităţii centrilor muşchilor agonişti şi antagonişti ocupă un loc destul de important în cercetările noastre, care au arătat că în contracţia muşchilor unui anumit segment de membru se pot produce în grade diferite, excitaţia concomitentă nervos-centrală a agoniştilor şi inhibiţia antaganiştilor. Acest fapt a fost demonstrat şi în cadrul unor lucrări experimentale efectuate de noi pe animale, în condiţii de înregistrare a activităţii bioelectrice a muşchilor antagonişti ca urmare a excitării cortexului motor cerebral. În cercetările efectuate pe diferiţi muncitori, am arătat posibilitatea manifestării a două mecanisme posibile în mişcările de flexie şi extensie a muşchilor solicitaţi : flexia, în condiţii de participare obligatorie a extensorului, şi extensia pe seama utilizării relative a contracţiei flexorului.

Am arătat în acest sens, că această corelaţie dintre activitatea muşchilor agonişti şi antagonişti nu poate fi privită în mod fixist, dat fiind că ea se restructurează în mod permanent, dinamic, în cursul diferitelor perioade ale efortului depus, în vederea unei mai bune adaptări. În cercetările noastre, am arătat că natura reflex-condiţionată a mişcărilor voluntare se manifestă, în mod evident, numai cu prilejul elaborării deprinderii motorii, ceea ce indică faptul că raporturile reciproce în activitatea muşchilor antagonişti, adică excitaţia lor concomitentă sau alternantă din cursul travaliului dinamic, se manifestă numai pe seama adaptării în timp a acestor centri la condiţiile travaliului impus. În astfel de cazuri, am avut în vedere în procesul de adaptare la efort, principiul dinamico-funcţional al reciprocităţii activităţii centrilor agonişti şi antagonişti, şi anume faptul că activitatea motorie a diferiţilor centri nu este o proprietate dinainte stabilită, ci o funcţie a stării lor de continuă adaptare.

3. *Aspecte electromiografice (EMG) ale travaliului muscular şi oboselii fizice :* Cercetările efectuate în ultimele două decenii pe baza metodelor şi tehnicilor de determinare a spectrelor de frecvenţă şi de integrare a biocurenţilor musculari, a curbelor variaţiei de frecvenţă a oscilaţiilor electroneuromotorii (ENM) şi electromusculare (EM), a valorilor coeficientului de pantă şi a coeficientului energetic al contracţiei, a factorului de amortizare şi a curbei de sincronizare a excitabilităţii căilor motorii periferice, a utilizării testului Hoffmann în explorarea dinamicii participării centrilor motori în efort şi oboseală etc., au arătat că modificările obţinute la persoanele antrenate sau nu în munca fizică sînt mult mai semnificative în raport cu datele obţinute prin metodele clasice de

explorare. Astfel, la persoanele antrenate în munca fizică, am putut nota o activitate bioelectrică mai redusă în stadiul de adaptare, adică o activitate mai economică a centrilor nervoşi pentru realizarea mişcărilor, fapt explicabil prin conectarea treptată a unui număr mai redus de motoneuroni în realizarea actului contractil.

Spre deosebire de persoanele neantrenate, cele antrenate şi adaptate la efort, posedă şi o mai bună coordonare a mişcărilor în timp, un coeficient energetic optim al contracţiei, putînd concentra într-un timp mai scurt un însemnat efort muscular, şi relaxa cu mai multă uşurinţă muşchiul aflat în activitate, în intervalele care separă contradicţiile ritmice. Scăderea coeficientului energetic al contracţiei, adică a raportului dintre valoarea numerică a oscilaţiilor ENM şi EM pe unitatea de timp, la persoanele antrenate se datoreşte unei mai bune adaptări a activităţii centrilor nervoşi la efortul vomandat şi creşterea eficienţei reactivităţii unităţilor motorii. Intensificarea, totodată, a activităţii bioelectrice şi a capacităţii de contracţie a muşchiului la aceste persoane, depinde de posibilitatea recrutării, în perioada de adaptare, de noi elemente neuro-motorii, precum şi de creşterea excitabilităţii terminaţiilor nervoase periferice, adică de un factor neurogen, aşa cum o confirmă curbele de amortizare şi de rezonanţă ale excitabilităţii nervoase obţinute în cercetările noastre.

Scăderi mai accentuate ale frecvenţei şi amplitudinii oscilaţiilor EM în raport cu cele ENM, determină în stadiul de oboseală, o creştere a coeficientului energetic al contracţiei şi deci, un consum mai mare de energie nervoasă, neeconomică, din partea centrilor nervoşi pentru menţinerea aceleiaşi performanţe mecanice a muşchiului, semn al instalării în această perioadă a unui dezechilibru între energia nervoasă şi cea contractilă. În cercetările privind valorile coeficientului de pantă, s-a arătat că acestea cresc progresiv în cursul efortului, cu atît mai pronunţat, cu cît persoana supusă efortului a reuşit să menţină o forţă constantă a contracţiei.

În cadrul altor cercetări, privind influenţa efortului static şi comparativ al celui dinamic asupra activităţii bioelectrice neuro-musculare şi cerebrale la om, am constatat o scădere mai pronunţată a capacităţii de muncă a muşchilor solicitaţi în efortul dinamic, instalarea stării de oboseală fiind mai precoce în cursul extensiei, decît în flexie. Electromiogramele înregistrate indică o scădere a frecvenţei oscilaţiilor bioelectrice după efortul static şi mai puţin în cel dinamic. Analiza traseelor EEG a arătat că efortul static de- (efort static sau dinamic), provoacă într-o primă fază termină dimpotrivă, modificări mult mai pronunţate în raport cu efortul dinamic, iar mişcările de flexie o desincronizare a ritmului de bază a EEG, urmată în faza de adaptare de o activitate bioelectrică crescută. Mişcarea de extensie, determină o desincronizare mult mai marcată a traseelor pe toată perioada efortului, urmată apoi de o revenire mult mai tîrzie a activităţii de bază. Aceste date, pledează pentru faptul că efortul intens, ca factor stressant este mai pronunţat în travaliul static decît în cel dinamic, în mişcările de extensie decît în flexie, prezentînd importante consecinţe în domeniul ergonomiei.

In this work, the authors refer to some more important aspects of subordination adjustment and adaptation of motory activity. The researches have shaow that, unlike in the case of persons anaccustomed with physical work, to being manifest different degrees of the neuro-muscular heterochronism are evind, in the case of persons accustomed to physical work the process of facilityng subordination becomes manifest, process consisting of an active brake of heterochronism, equilibrating and harmonizing the fluctuating play of the chrs belovging to different links of the motoneurons in the process of adjustment to effort. These has also been shaow that a correlation amovy the activity of agonistic and antagonistic muscles in the adjustment process in being manifest on the basis of the functional dynamic principle of the reciprocity of their activity. The persons trained to and adapted to effort also process a better movement coordination, on optimum energetic coefficient of contraction. The intensification of the muscular bioelectric activity and of the contraction capacity depends open the possibility of recruiting new neuro-motor elements in the ajustment process, that is it depends upon a neurogen factor, as it is confirmed by the curves of optimum amortization and resonance o fthe nervous excitability.

IMPORTANŢA OXIGENOTERAPIEI ÎN PERFORMANŢA LA PROBELE PSIHOMETRICE

Olga Moldovan, L. S. Brătucu, Aurelia Sîrbu
— *Cluj-Napoca*

Studierea utilităţii şi eficienţei oxigenoterapiei ca metodă adjuvantă în psihiatrie, constituie una din preocupările curente ale clinicii noastre. În urmă cu un an se prezentau rezultatele preliminarii obţinute pe un lot de 52 de bolnavi la care s-au efectuat un număr de 400 şedinţe de oxigenoterapie. Concluziile la care s-a ajuns atunci ne-au determinat să continuăm cercetarea, de data aceasta pe un lot de bolnavi selecţionaţi, avînd tulburări de irigaţie cerebrală, în sensul unei insuficienţe circulatorii cerebrale manifestate, ce a fost pusă în evidenţă prin metode de investigaţie clinică şi de laborator. În acelaşi timp am încercat să găsim o modalitate de cuantificare a efectelor O_2, exprimată prin rezultatele obţinute la o baterie de probe psihometrice aplicată înainte şi după administrarea de O_2.

Material şi metodă.

Am selectat un lot de 20 de bolnavi internaţi în Clinica de Psihiatrie Cluj-Napoca, la care în prealabil a fost pusă în evidenţă existenţa insuficienţei circulatorii cerebrale, diagnosticată în alte servicii de specialitate.

Bolnavilor li s-a administrat oxigen cu masca aparatului de anestezie, cu un debit de 6 l/min. în circuit semideschis. Durata şedinţei a fost de 4 minute. Înainte şi după administrarea oxigenului s-au efectuat probe psihometrice, referindu-se la aspecte pe care noi le-am considerat modificabile în urma administrării oxigenului. Este vorba de probe de atenţie, memorie, coordonare manuală şi probe de scris. Prin ipoteza de lucru formulată ne-am propus să verificăm influenţa oxigenoterapiei asupra performanţelor la aceste probe.

Rezultate şi discuţii

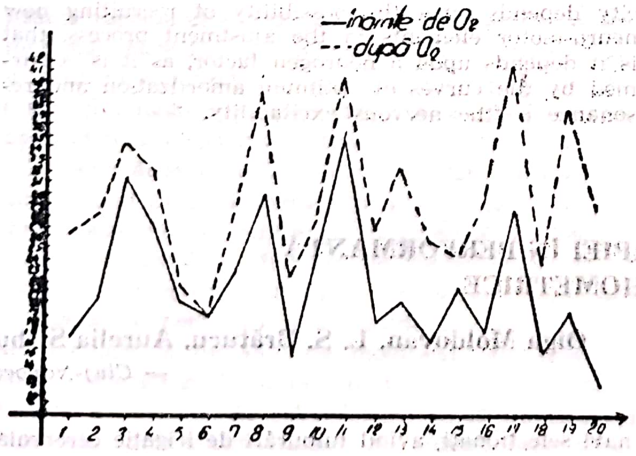
Rezultatele obţinute la probele de performanţă înainte şi după oxigenoterapie, le-am centrat într-un tabel (Tabel I), dar este mult mai evidentă îmbunătăţirea scorurilor obţinute din reprezentarea grafică.

Tabel nr. 1

Prezentarea centralizată a rezultatelor obţinute la probele psihometrice înainte şi după administrare de O_2

Nr. crt. sub.	Atenţie		Coordonare manuală				Memorie					
	I	II	I		II		I			II		
			QR	QP	QR	QP	A	B	A+B	A	B	A+B
1	17	26	0,20	0,02	0,25	0,17	6	4	7	8	5	10
2	20	28	0,32	0,10	0,35	0,20	5	6	8	7	7	12
3	31	34	0,50	0,04	0,75	0,13	7	5	11	9	9	15
4	27	32	0,45	0,09	0,60	0,33	8	8	10	10	9	12
5	20	21	0,21	0,11	0,30	0,15	9	7	11	9	10	16
6	19	19	1	0,45	1	0,50	7	10	15	12	12	21
7	23	28	0,66	0,20	0,75	0,56	5	7	8	7	10	10
8	30	39	0,56	0,03	0,67	0,66	9	8	10	11	9	17
9	15	22	0,42	0,40	0,50	0,40	4	5	9	7	10	14
10	26	27	0,50	0,20	0,45	1	6	8	14	7	11	18
11	34	40	0,35	0,04	0,35	0,28	9	9	17	11	13	23
12	18	26	0,27	0,07	0,45	0,18	5	8	10	7	10	16
13	20	32	0,33	0,14	0,37	0,25	6	7	13	6	8	13
14	16	25	0,54	0,22	0,50	0,66	8	4	11	8	9	15
15	21	24	0,35	0,25	0,75	0,50	7	9	14	10	9	20
16	17	29	0,48	0,13	0,86	0,20	4	7	12	5	7	12
17	28	41	0,50	0,66	0,60	1	10	9	17	11	12	24
18	15	23	0,59	0,09	0,53	0,50	9	7	10	9	10	17
19	19	37	0,37	0,14	0,62	0,22	10	9	20	13	11	27
20	12	28	0,53	0,22	0,50	0,50	7	5	12	7	5	18

Figura 1 prezintă rezultatele obţinute la proba de atenţie înainte şi după administrarea de O_2.



Se poate uşor observa o creştere evidentă a punctajului obţinut de pacienţi în majoritatea cazurilor, apărînd o singură situaţie în care performanţa se menţine la acelaşi nivel la ambele examinări.

Figura 2 sintetizează rezultatele obţinute la proba de memorie (memorarea unor liste de cuvinte — Rey).

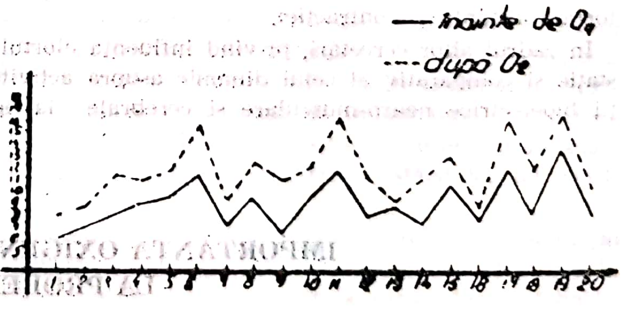


Fig. 2 Rezultatele lotului de subiecţi la proba de memorie (media cuvintelor la cele 3 probe).

Deşi de această dată numărul cazurilor în care performanţa se menţine la acelaşi nivel, este mai mare decît la proba de atenţie, totuşi influenţa pozitivă a oxigenoterapiei per ansamblu este uşor de remarcat. Această influenţă pozitivă a oxigenoterapiei se reflectă nu numai la reproducerea unei liste simple de cuvinte ci şi la empam mărit demonstrînd astfel o creştere nu numai a calităţii memoriei (sub aspectul exactității reproducerii) ci și al cantității (sub aspectul volumului de material înmagazinat).

In figura 3 sînt redate grafic rezultatele obținute la o probă de coordonare manuală, probă la care se lua în considerare rapiditatea parcurgerii unui anumit traseu și exactitatea execuției. La ambele aspecte se înregistrează o ameliorare a rezultatelor.

Cu toate că rapiditatea parcurgerii traseului crește, totuși tremurăturile fine ale membrelor superioare se estompează determinînd și o scădere a numărului de erori și implicit o creștere a preciziei execuției.

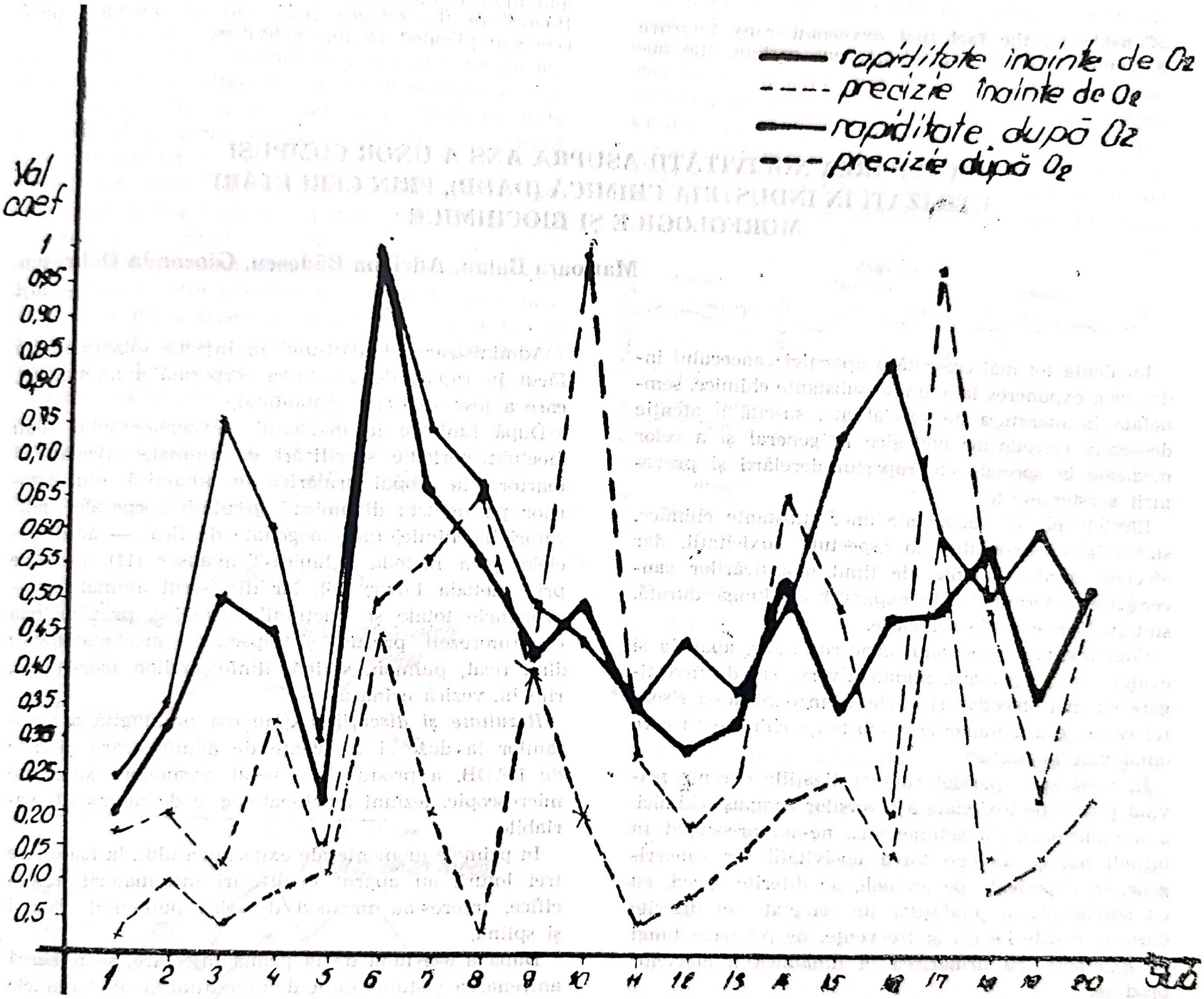


Fig. 3 Rezultatele lotului de subiecți la proba de coordonare manuală (exprimate în coeficienți de precizie și coeficienți de rapiditate).

Acest fenomen este pus în evidență și de proba de scris (copiat, dictat, compunere) aplicată lotului de subiecți. Astfel timpul necesar copierii sau scrierii după dictare scade, crescînd în același timp lizibilitatea celor scrise. In ceea ce privește compunerea liberă, ne aflăm în fața unui fenomen de deblocare a proceselor psihice implicate în această activitate. Într-un timp constant, menținut la ambele examinări pre și post oxigenoterapie se observă o îmbunătățire calitativă și cantitativă a compunerilor realizate de subiecți.

Utilizînd această metodă (oxigenoterapia), în care timpul de expunere este limitat, nu am observat efecte secundare nefavorabile la nici unul dintre subiecți. Metoda nu a necesitat (în afara aparatului de anestezie) mijloace materiale deosebite, iar oxigenul utilizat este ușor accesibil și la un preț de cost redus.

Administrarea O_2 crește performanțele sistemului nervos central la probele psihometrice.

Proba psihometrică cea mai „sensibilă" la influența oxigenoterapiei este cea de atenție.

Oxigenoterapia este o metodă terapeutică simplă, ușor accesibilă, puțin costisitoare și care nu produce efecte secundare.

Oxigenul poate fi utilizat atît în scop diagnostic cît şi terapeutic şi deschide perspective din ce în ce mai largi şi mai interesante.

Oxigenoterapia reprezintă o metodă adjuvantă utilă, care s-a încadrat cu succes în ansamblul tehnicilor terapeutice actuale utilizate în Psihiatrie.

Considering the fact that oxygenotherapy improve oxygenation of the central nervous system, the authours try to demonstrate this, on 20 pacients (with circulatory cerebral insufficiency) using some psychometric tasks.

The general anaesthesia mask is used, supplying a rate of 6 litres/minute in semiclosed circuit, during a period of 4 minutes.

The psychometric tasks (atention, memory, manual coordination and drawing tasks) were applied before and after oxygenotherapy and clearly reflect the influence of the oxygen treatment on psychical processes implicated in this activities.

EVALUAREA NOCIVITĂŢII ASUPRA ANS A UNOR COMPUŞI UTILIZAŢI ÎN INDUSTRIA CHIMICĂ (DADB), PRIN CERCETĂRI MORFOLOGICE ŞI BIOCHIMICE

Marioara Balan, Adriana Bădescu, Gioconda Dobrescu
— *Iaşi*

Incidenţa tot mai crescută a apariţiei cancerului indus prin expunerea la anumite substanţe chimice, semnalate în literatura de specialitate, suscită o atenţie deosebită cercetărilor biologice în general şi a celor medicale în special, sub raportul decelării şi prevenirii acestor efecte.

Efectele nocive acute ale unor substanţe chimice, sînt relativ cunoscute sub aspectul toxicităţii, dar efectele cronice, latente, de tipul modificărilor cancerigene, determinate de expuneri de lungă durată, sînt încă în curs de cercetare.

Complexitatea procesului cancerogenetic, apariţia şi evoluţia sa particulară, impun diverse căi de investigare cît mai obiective şi eficiente în depistarea riscului cancerigen a numeroase substanţe chimice cu care omul vine în contact.

În acest sens, paralel cu investigaţiile curente privind gradul de toxicitate a diverşilor compuşi chimici, a mecanismelor de acţiune etc., ne-am preocupat în ultimii ani şi de cercetarea nocivităţii lor cancerigene, în experienţe pe animale de diferite specii, cu cu administrarea produşilor de cercetat în diferite doze, prin diferite căi şi frecvenţe, pe perioade lungi de expunere, cu urmărirea în dinamică a efectelor produse.

În cele ce urmează ne vom referi la o serie de cercetări morfologice şi biochimice efectuate în scopul depistării eventualului potenţial carcinogen a dinamino-dibenzilului (DADB), compus nou sintetizat, utilizat la fabricarea pielii artificiale.

Material şi metodă. S-au utilizat şobolani de rasă WISTAR, masculi şi femele, în greutate de 150—180 g, împărţiţi în trei loturi, care au primit în injecţii subcutane, doze diferite de DADB.

Lotul I — doză mică, a fost injectat săptămînal cu 10 mg/kg corp de DADB (1/17,5 din DL_{50}), pînă la doza totală de 1500 mg/kg corp ; lotul II — doză medie, a primit bilunar 20 mg/kg corp (1/8,5 din DL_{50}). Injectările au sistat la doza totală de 3 000 mg/kg corp, iar lotul III — doză mare, a primit tot cîte 20 mg/kg corp, dar în injectări săptămînale, pînă la doza sumată de cca 4 500 mg/kg corp.

Administrarea DADB-ului în injecţii subcutane s-a făcut în raport de greutatea corporală a animalelor, care a fost urmărită săptămînal.

După luni de la începutul experimentului, s-au efectuat periodic sacrificări de animale injectate şi martore, în scopul urmăririi în dinamică a următorilor parametri : dinamica greutăţii corporale, indicatori biochimici (pe omogenate de ficat — acizi nucleici prin metoda Schmidt-Tanhauser (11), proteine prin metoda Lowry (6), iar din serul animalelor — proteinele totale şi fracţiunile proteice, prin metoda electroforezei), precum şi aspectele morfopatologice din : ficat, pulmon, splină, limfoganglion mezenteric, rinichi, vezică urinară.

Rezultate şi discuţii. Expunerea prelungită a şobolanilor la doze şi frecvenţe de administrare diferite de DADB, a produs la nivelul organelor examinate microscopic, leziuni morfopatologice de intensităţi variabile.

În primele momente ale experimentului, la toate cele trei loturi, au apărut modificări inflamatorii nespecifice, interesînd în mod deosebit pulmonul, ficatul şi splina.

După a 8-a lună de la prima injectare, se remarcă antrenarea ţesutului limfoid interstiţial şi din organele limfoide în sensul unei hiperplazii reacţionale nespecifice. În splină şi limfoganglioni se constată ştergerea histoarhitectoniei, apariţia de leziuni congestive iar în sinusuri o puternică reacţie macrofagică. În pulmon, pe lîngă leziuni de congestie şi edem, s-a constatat hiperplazia ţesutului limfoid peribronho-vascular sub formă de teci limfoide sau cu aspect nodular. În ficat, în această etapă a experimentului, pe lîngă aspect de inflamaţie cronică interstiţială, apar leziuni distrofice şi congestive ; în rinichi s-au întîlnit leziuni de congestie însoţite de reacţii inflamatorii cronice interstiţiale şi distrofii tubulare.

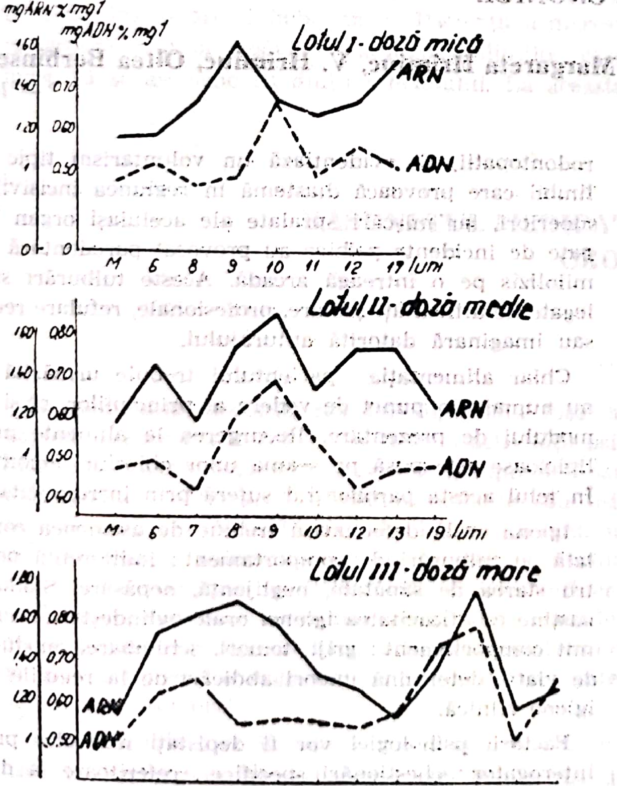
La unele animale, în această etapă, îşi fac apariţia leziuni proliferative tumorale, incipiente sau discrete cu localizare interstiţială, aspecte care se accentuează progresiv către ultima parte a experienţei, în special la animalele din primul lot.

Menţionăm că celula antrenată în această proliferare, prezintă din punct de vedere morfologic caracterul unei celule limfoid-plasmocitoidă.

În ficat, sub acţiunea prelungită a DADB-ului, pe lîngă aspecte de distrofie din anumite zone a lobului, apar şi zone cu o accentuată poliploidie şi invazii cu celule tumorale de tip plasmocitoid, cu atipii nucleare. Infiltraţie difuză tumorală s-a observat şi în splină, limfoganglioni cît şi pe secţiunile de pulmon, unde infiltratul cu celule plasmocitoide îmbracă fie un aspect difuz, fie localizat în teritoriile peribronho-vasculare. În rinichi, îşi fac apariţia, pe lîngă leziunile de stază glomerulară, distrofii tubulare şi infiltraţii cu celule limfoid-plasmocitoide.

Subliniem faptul că, leziunile morfopatologice apărute după a 8-a lună a experimentului, n-au avut un caracter reversibil în etapele de suspendare a administrării compusului chimic ci, s-au accentuat progresiv, pînă la ultimele momente urmărite, cu o incidenţă crescută a aspectelor lezionale la lotul I, medie la lotul II şi mai slabe la lotul care a primit doză mare de DADB (sporadic atipii nucleare).

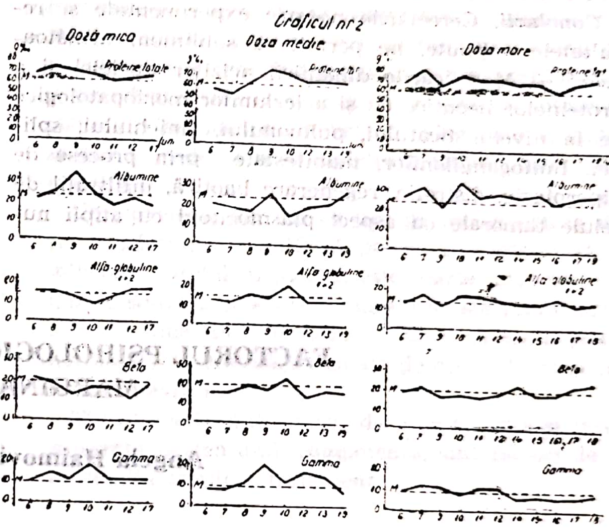
Paralel cu urmărirea modificărilor morfopatologice produse de administrarea cronică a DADB-ului, pe omogenate de ficat, s-au efectuat şi determinări cantitative de acizi nucleici (ARN şi ADN) şi proteine, date care sînt prezentate în graficul nr. 1.


Graficul nr. 1

Din analiza comparativă a rezultatelor biochimice, reiese că DADB-ul a avut în general, un efect stimulator asupra sintezelor de acizi nucleici, pe tot parcursul experimentului.

Caracterul oscilant al valorilor acizilor nucleici, s-ar putea datora fie tabloului morfopatologic produs de substanţa administrată la nivelul ficatului, fie modificărilor metabolismelor ADN-ului şi ARN-ului, cu repercusiuni şi asupra metabolismului proteinelor hepatice. În experimentul nostru, proteinele hepatice s-au situat la valori apropiate de martor, cu rare excepţii, chiar şi atunci cînd microscopic se constatau aspecte de regenerare, fapt observat şi de alţi autori care susţin că, conţinutul în proteine al ficatului şobolanilor purtători de tumoră, a fost apropiate de conţinutul în proteine al ficatului şobolanilor normali.

Proteinele totale serice şi fracţiunile proteice (graficul nr. 2) au prezentat variaţii nesemnificative faţă de lotul de referinţă, ca expresie a dereglărilor metabolice produse de substanţa chimică asupra întregului organism. La toate cele trei loturi de animale, s-au constatat perturbări ale raportului albumine/globuline; fracţiunile gamma, în ultimele momente ale experienţei (la lotul II în toate etapele urmărite), s-au situat la valori inferioare lotului martor, oglindind leziunile morfologice constatate în organele SRH, răspunzătoare de imunitatea organismului.


Graficul nr 2

Şi alţi autori constată în cercetările lor, că o serie de procese biochimice care stau la baza acţiunii imunodepresive, sînt specifice tumorilor maligne.

Rezultatele obţinute demonstrează că introducerea în organismul şobolanilor a DADB-ului, produce chiar din prima perioadă a experimentului, modificări biochimice la nivelul ficatului fără ca morfologic să apară leziuni specifice de intoxicaţie. Această constatare este susţinută de datele din literatură privitoare la acţiunea substanţelor cunoscut cancerigene (10) asupra ficatului. Autorii susţin că acestea acţionează asupra sintezelor de acizi nucleici din ficat, mult înainte de apariţia aspectelor maligne.

Miller (1975), Shearer şi Smuckler (1972), Garett şi colab. (1973), arată că pentru ARN-ul nuclear al celulelor hepatice normale este caracteristic succesiunea specifică a bazelor, reglarea cărora se pierde în timpul cancerogenezei chimice cît şi în hepatoamele induse, cu efecte asupra sintezelor de proteine.

Aceşti autori presupun că o parte din modificările biochimice ce apar sub acţiunea substanţelor cancerigene, sînt ireversibile ; altele pot să dispară treptat, păstrîndu-se numai un anumit timp, să exercite o acţiune asupra selecţiei, ce duce la apariţia celulelor tumorale. Nu este exclus, ca dereglările precoce ce apar în cazul interacţiunii substanţelor cancerigene, să devină ereditare la un număr de celule — în urma selecţiei naturale.

Menţionăm că, latenţa dintre prima injectare cu DADB şi apariţia primelor infiltrate tumorale cît şi frecvenţa aspectelor neoplazice, au fost în raport invers proporţional cu doza compusului administrat. (După 8 luni, la lotul I ; 12 luni la lotul II). Datele din literatură, arată că latenţa tumorilor induse chimic a fost mai scurtă decît în observaţiile noastre.

Concluzii. Cercetările noastre experimentale şi rezultatele obţinute, ne permit să subliniem următoarele : — Modificările dinamicii acizilor nucleici şi a proteinelor hepatice cît şi a leziunilor morfopatologice de la nivelul ficatului, pulmonului, rinichiului, splinei, limfoganglionilor, manifestate prin procese de hiperplazie, distrofie, regenerare haotică, infiltraţii de celule tumorale cu aspect plasmocitoid cu atipii nucleare — fără tendinţe reversibile în etapa de suspendare a acţiunii toxicului, conduc la supoziţia că DADB-ul ar fi un inductor al proceselor cancerogenetice ; — Analiza comparativă a celor trei loturi experimentale, scot în evidenţă dependenţa intensităţii aspectelor nocive în raport de doză, frecvenţă de administrare, cu efecte în timp ; — Depistarea unor dereglări ale caracterelor biochimice în procesul cancerogenezei, poate avea importanţă prognostică şi permite elaborarea unor metode de profilaxie a substanţelor chimice cu potenţial cancerigen.

The authors investigated bymorphological and biochemical methods cancerogenetic potential of the diaminodibenzyl (DADB) rumanian chemical compound of synthesis.

Anatomopathological and biochemical investigations were performed on three groups of rats, to whom DADB in different doses and frequencies was chronic administered.

Biochemical modifications and the appearance of tumoral lesions at the level of lung, liver, spleen, limph node and kidney, demonstrated that DADB induce cancerogenetic effects in relation of doses, in long time.

FACTORUL PSIHOLOGIC ÎN PARODONTOPATIILE MARGINALE CRONICE

Angela Haimovici, Margareta Hrimiuc, V. Hrimiuc, Oltea Berbinschi

— *Iaşi*

Printre cauzele generale ale parodontopatiilor marginale cronice, figurează stări psihice modificate, de la forma abia schiţate pînă la stări patologice, în tratamentul psihiatrului. Ele constituie răspunsuri brutale la factorii stressanţi.

Reacţiile psihomotrice sînt de mult considerate factori posibili ai bolii parodontale. Reacţia psihomotrice a fost definită ca model de comportare, în care emoţiile nu sînt exprimate în mod direct, ci sînt interiorizate şi apar sub forma unei simptomatologii specifice.

Factorii psihici pot influenţa structurile parodontale prin : 1 — mecanisme directe, cum ar fi : malfuncţiile, parafuncţiile, para şi malpraxiile ; 2 — mecanisme indirecte : sistemul vascular, endocrin, sistemul nervos autonom, toate sub influenţa unor stimuli psihologici.

Într-un examen parodontologic, medicul trebuie să se intereseze şi de starea psihologică a pacientului. Pe lîngă tratamentul oral se va încerca reintegrarea în starea de echilibru psihologic a pacientului dereglat.

Urmărirea şi corectarea obiceiurilor de comportament, bruxismul, încleştarea, care dezvoltă traume ocluzale şi sînt stări ce exprimă anumite emoţii.

Axel Westphal în lucrarea „Originile psihice ale dischineziilor în regiunea bucală“ urmăreşte disfuncţiile psihogene ale limbii şi buzelor la adulţii cu parodontopatii. El evidenţiază un voluntarism tipic al limbii care provoacă diastemă în regiunea incisivilor superiori, iar mişcări spralate ale aceluiaşi organ legate de incidente psihice au provocat parodontoză cu milolizis pe o intreagă arcadă. Aceste tulburări sînt legate de dificultăţi şcolare, profesionale, refulare reală sau imaginară datorită anturajului.

Chiar alimentaţia pacientului trebuie urmărită şi nu numai din punct de vedere al principiilor, ci şi al modului de prezentare. Recurgerea la alimente moi, lipicioase este pusă pe seama unor obiceiuri emotive. În felul acesta parodonţiul suferă prin infrasolicitare.

Igiena orală defectuoasă trebuie de asemenea corelată cu tulburări de comportament : indiferenţă pentru starea de sănătate, neglijenţă, nepăsare. Stallard susţine că eficacitatea igienei orale oglindeşte un anumit comportament : griji, temeri, schimbarea modului de viaţă, determină uneori abdicări de la regulile de igienă zilnică.

Factorii psihologici vor fi depistaţi mai ales prin interogator : chestionări specifice referitoare la dispoziţia şi sentimentele pacientului : dacă ia greu o hotărîre, dacă este timid, sensibil, considerat ca persoană irascibilă.

Dar mai importantă este observarea continuă căci mulţi stomatologi ascultă fără să audă şi nu recepţionează semnalele pe care le oferă pacientul.

Menajînd psihicul bolnavului, pentru a obţine cooperarea medicul trebuie să facă motivaţia actului terapeutic. Să explice necesitatea manoperei, să solicite acţiunea ce revine pacientului, să-l lămurească asupra scopului ce trebuie atins şi să manifeste o oarecare satisfacţie în cazurile reuşite. Pentru a-l face cooperant stomatologul dispune de următoarele metode de bază :

— înţelegerea, repetarea, lauda şi pedeapsa, ghidarea pacientului. Uneori trebuie recurs la toţi aceşti factori. O atmosferă liniştită în cabinet, un personal plăcut, o bună organizare, produc pacientului o relaxare care poate uşura comunicarea cu stomatologul. Cinstea, identificarea cu suferinţa pacientului, competenţa, accesibilitatea contribuie la soliditatea relaţiilor. Medicul trebuie să comunice pacientului ce se petrece cu el, ce găseşte patologic în cavitatea orală, să nu-l lase să se zbată în anxietate. În educarea pacientului medicul va manifesta superioritate şi va face apel la inteligenţa pacientului căruia îi va încredinţa sarcini realiste, demonstrate vizibil. Exemplu : evidenţierea plăcii bacteriene cu revelatori, starea inflamatorie a ţesuturilor învecinate, efectele înlăturării plăcii.

O altă faţetă a problemei o constituie reacţiile comportamentale produse de bolnav.

În această maladie, de tip distructiv, în care fenomenul durere chiar dacă este prezent nu oferă caractere de acuitate, obişnuit, apare pentru unii pacienţi frica de degenerare şi îmbătrînire. Pacienţii urmăresc cu groază erupţia pasivă — alungirea dinţilor care încep să se asemene cu dinţii scheletului. La aceasta se adaugă şi frica incurabilităţii pe care mulţi stomatologi nici nu o dezmint.

Pentru unii dintele este simbolul forţei, puterii, posesiunii, virilităţii ; pierderea acestui organ îi descumpăneşte. Pierderea dinţilor duce la o jenă funcţională dar mai ales estetică.

Suferinţa cavităţii bucale, organ cu rol în nutriţie şi relaţii lingvistice, duce la tulburări psihice deosebite mai ales pentru unele categorii de profesii : artişti, profesori, avocaţi, care fac veritabile psihoze.

Cavitatea orală zonă erogenă are rol important în formarea personalităţii. Pentru unii examenul cavităţii orale, descoperirea gurii de către stomatolog este considerat un veritabil viol.

Pacientul vine la noi cu frică de aparatul Unit, de extracţie, de anestezie, de sufocare, hemoragie, de instrumentele tăioase. O pacientă care a suferit o plagă tăiată a limbii în timpul preparării unui bont, după o întrerupere mai îndelungată a tratamentului face o parodontopatie şi manifestă groază la intrarea în cabinet. Unii pacienţi nevrotici culeg date eronate de la vecini, rude, şi îşi completează tabloul fricii de stomatolog.

Unii pacienţi privesc cu ură pe cei ce extrag dinţii şi cu admiraţie manifestă pe cei ce-i păstrează şi îi înlocuiesc. Rolul medicului este foarte important. Trebuiesc sesizate şi avute în minte aceste relaţii ale pacienţilor, mai ales senzaţia de frică. Aceasta poate fi normală şi nevrotică. Frica stă de obicei la baza structurilor nevrotice.

Ţinuta medicului, modul de a se apropia şi înţelege suferinţa pacientului, competenţa, sînt factori de bază în reuşita oricărui tratament.

RĂSUNETUL MEDICAŢIEI PSIHOTROPE ÎN SFERA ORO-FACIALĂ

Margareta Hrimiuc, V. Hrimiuc, Angela Haimovici
— *Iaşi*

Chimioterapia modernă apărută după anul 1952 cu acţiune psihotropă, se reflectă la nivelul activităţii psihice prin efecte sedative, anxiolitice, hipnotice sau antihipnotice, antidepresive, psihostimulante sau psihodestructurante. Neurotropismul lor se exercită în general asupra sistemului nervos central la nivelul structurilor complexe mezodiencefalo-striate, influenţînd funcţiile psihice elementare (vigilitatea conştiinţei, activitatea pulsională asupra fondului endotimic) şi asupra întregului organism prin intermediul sistemului neuro-umoral.

Pollac descrie diverse aspecte ale complicaţiilor bucale în cursul terapiei psihotrope, sub denumirea de „sindrom bucal“ caracterizat prin : uscăciunea bucală difuză, gingivită congestivă, eritrem a întregii mucoase bucale, fisuri la nivelul buzelor, perleş la comisuri, limbă închisă la culoare, aspră sau din contra netedă, roşie, fără papile, frecvenţa candidozei bucale şi a altor levuri. El consideră că administrarea prelungită de neuroleptice şi tranchilizante determină aceste tulburări provocate în special prin înmulţirea candidei albicans ca o urmare a diminuării secreţiei salivare.

Dechaume şi colab., insistă asupra faptului că uscăciunea bucală este manifestarea cea mai constantă, care iniţial este „funcţională“, apoi poate deveni organică şi permanentă. Descrierea clinică a acestor autori, confirmă pe cele a lui Pollac evidenţiind, stomatita eritematoasă cu eroziuni bucale, limbă netedă lucioasă, gingivită eritemato-pultacee, insistînd în special asupra policariilor şi infecţiei cronice a glandelor salivare. Cornebise (1971) a prezentat chiar o teză asupra influenţei medicaţiei psihotrope în apariţia cariei dentare, experimentînd şi efectul diverselor soluţii medicamentoase asupra dinţilor extraşi.

Noi am investigat un lot de 700 pacienţi cu psihoze endogene, efectuîndu-le examene clinice periodice, examene micologice şi examene biochimice. Lotul examinat a fost cuprins între vîrsta de 25—40 ani avînd de la debutul bolii o perioadă cuprinsă între 5 și 15 ani, toți impregnați lung timp cu medicamente psihotrope variate din grupa clorpromazinei, fenotiazinei, butirofenonei, timoleptice și timoanaleptice, tratamente mixte cu 3, 4, 5, substanțe din grupe diferite. In aceste condiții a fost dificil pentru noi să selectăm pacienții după medicația primită în vederea stabilirii mai precise a grupului de medicamente mai nociv, pentru cavitatea bucală, iar pe de altă parte în prezent nu am putut folosi ca martor decît subiecți fără tulburări psihice, deoarece bolnavi cu psihoze endogene fără tratament psihotrop practic nu există în spitalele de psihiatrie. Totuși, investigațiile noastre au fost relevante pentru a demonstra că pe lîngă alți factori, medicația psihotropă este capabilă să producă un „sindrom bucal“ sub diferite aspecte și intensități, uneori cu anumite particularități, pe care noi am considerat că sînt demne de semnalat venind astfel atît în ajutorul bolnavului cît și a medicului specialist stomatolog sau psihiatru.

Examenul clinic. Elementul cel mai constant întîlnit a fost tulburările secreției salivare, uneori chiar asialie care de fapt a condiționat după părerea noastră și celelalte manifestări bucale. Această asialie este variabilă în funcție de tratamentul prescris, de durata lui, de asociațiile medicamentoase și de vechimea bolii. Noi am încercat în funcție de tulburările constatate ale secreției salivare să desprindem mai multe grupe de tulburări la nivelul cavității bucale în raport de intensitatea ei.

— O uscăciune bucală ușoară determină în general tulburări funcționale : senzații de salivă care se lipește de buze și dinți, senzații de gust neplăcut al alimentelor, de arsură în timpul ingerării alimentelor calde sau codimentate, halenă fetidă.

Mucoasa în general are un aspect satisfăcător însă gingiile sînt constant atinse (gingivită marginală eritematoasă).

— O uscăciune bucală de intensitate medie determină senzație de uscăciune și la nivelul mucoasei farengiene, nazale și conjunctivale fenomene întîlnite de cele mai multe ori asociate cu disfagia.

Examenul exo-bucal evidențiază că buzele sînt inflamate fisurate, uneori de culoare roșie aprins, alteori acoperite cu mici cruste albicioase, iar perleșul este destul de frecvent întîlnit. Fața internă a obrajilor este netedă, lăcuită, iar fundul de sac gingivojuval este plin cu salivă de aspect „spumos“ concentrată și albicioasă. Limba este lipicioasă, neregulată, de aspect albicios, și numai în două cazuri am observat aspectul cafeniu negricios. Toată bolta palatină este roșie, lăcuită, cu inflamarea orificiilor excretoare ale glandelor palatine. Fața posterioară a faringelui este uscată, cu cruste gălbui lipicioase. Orificiile canalelor lui Stenon și Warthin sînt inflamate deschise evacuînd o salivă redusă, grunjoasă sau filantă, ceea ce indică o sialodochită asociată.

— O uscăciunea bucală foarte importantă afectează mai grav întreaga mucoasă bucală cu jenă în masticație și în deglutiție, care devine dificilă din cauza arsurilor dar și din cauza „sindromului neuroleptic“ Faciesul este caracteristic cu pielea uscată care se descuamează pliurile feței imobile, facies inexpresiv, conjunctivitele și blefaritele sînt prezente. Perleșul se prezintă uneori ca o rețea de-a lungul marginei cutaneo-mucoase a buzelor și în jurul orificiilor nazale. Endobucal se constată uscăciunea mucoaselor care devin roșii lăcuite, cu cruste cafeniu-gălbui, aderente, sub care se pot pune în evidență diverse grade de eroziuni. Limba poate fi complet uscată (aspect de limbă friptă) sau este depapilată de un roșu aprins. Presiunea pe parotide nu duce la apariția salivei, iar uneori sînt mărite de volum. Frecvent am întîlnit candidoze bucale. Aceste manifestări clinice însoțesc de regulă asialia acestor pacienți.

Semnalăm la fel ca și alți autori (Cornebise) prezența unei colorații particulare mai sus de șantul vestibular de aspect cafeniu, așa cum se întîlnește de obicei la populația de culoare. Noi le-am găsit prezente numai în trei cazuri la pacienții care au urmat timp îndelungat tratament predominant cu derivați de clorpromazină, aspect care a rămas neexplicat pentru noi.

Dinții în general prezintă o placă dentară difuză în care poate fi incriminată și igiena defectuoasă a acestor pacienți, dar mai semnificativ mi se pare apariția cariilor, foarte numeroase și cu anumite particularități care le deosebesc de cariile pacienților nepsihotici. Localizarea este cu predilecție la nivelul coletului cu dezlipirea gingiei și retracția ei. Forma cariei este deosebită prezentînd marginile tăioase, transparente și sfărîmicioase, la o presiune minimă. Dentina apare negricioasă sau albăstrie, este moale, poroasă, neputîndu-se preciza uneori limitele dintre ea și smalțul sănătos. Cariile sînt puțin dureroase, chiar la agenți termici. acizi, sau dulciuri. În faze mai avansate caria se întinde în jurul coletului realizînd o distrugere în fund de ciupercă, evoluînd spre fața ocluzală dar și de-a lungul rădăcinei. Pulpa este rapid atinsă fără a constata semne de pulpită acută, uneori însă pot apare dureri nevralgice difuze. Acest fapt ne face să credem că este vorba de o mortificare spontană care poate trece neobservată. Procesul policarios prinde cu predilecție, inițial coletul premolarelor și molarelor, apoi progresiv pot cuprinde toți dinții. Bineînțeles că în examenele noastre clinice am constatat localizarea cariilor și la alte nivele, dar caracteristic și frecvent sînt cariile de colet.

Literatura de specialitate remarcă faptul că aspectul acestor procese carioase întîlnite la bolnavii psihotici impregnați cu neuroleptice, se aseamănă cu cariile care apar post-cobalto-terapie și postradium-terapie, care de asemenea sînt întovărășite de hiposecreții salivare. Acest fapt ne determină să credem că în sindromul bucal apărut după terapia cu neuroleptice mecanismele sînt mult mai complexe și pe lîngă modificarea cantitativă și calitativă a secreției salivare intervin și alți factori care țin de psihoza endogenă însăși.

Examenul micologic. Selectînd un lot de 40 bolnavi psihotici cu asialie și manifestări bucale patologice care au efectuat tratamente mixte îndelungate cu neuroleptice, am recoltat saliva din fundul de sac vestibular de asemeni şi dentină din ţesuturile dentare cariate. Examenele au evidenţit că în 75% din cazuri prezenţa unei levuri, predominînd candidoza bucală, iar în 10% din cazuri am găsit o asociaţie între candida albicans a fost întîlnită mai rar în 48% din cazurile cercetate.

Examenul biochimic. În saliva recoltată de la aceleaşi cazuri am dozat pH-ul, glucoza, de asemeni, şi debitul salivar. Debitul salivar scăzut l-am constatat în 32% din cazuri, PH-ul acid (4—5,50) frecvent la cei cu hiposecreţie salivară, în 30% din cazuri. Glucoza nu a fost prezentă în 7% din cazuri, în rest rezultatele nu au fost concludente. Am constatat o concordanţă între scăderea secreţiei salivare modificarea PH-ului (acid) şi prezenţa candidozei bucale.

Experienţele de laborator pe dinţii extraşi menţinuţi în soluţii de clorpromazină sau haloperidol au demonstrat o acţiune diferită atît asupra rădăcinei cît şi asupra coroanei. Aceasta nu poate în totalitate explica „sindromul bucal" care apare în cursul terapiei neuroleptice deoarece timpul de trecere prin cavitatea bucală a acestor medicamente este scurt. Pe de altă parte eliminarea acestor substanţe se face şi prin salivă fapt ce ar putea justifica pînă la un punct activitatea nocivă a lor. Noi considerăm că în apariţia „sindromului bucal" în cursul terapiei cu neuroleptice, în afara modificărilor cantitative şi calitative ale secreţiei salivare, ale mediului bucal, intervin şi alţi factori care ţin de implicaţiile biochimice imunologice şi enzimatice care au loc în însăşi evoluţia psihozelor endogene care beneficiază de aceste tratamente.

MANIFESTĂRI PSIHICE ÎN COLONUL IRITABIL

C. Stanciu, M. Şelaru
— Iaşi

Este dificil de a da o definiţie colonului iritabil, dar cu scop practic, se poate spune că el constă într-o disfuncţie motorie a intestinului gros, manifestată prin spasm dureros abdominal şi/sau disfuncţie secretorie a acestuia, tradusă prin eliminarea unor însemnate cantităţi de mucus prin scaun, în absenţa oricărei leziuni organice. Pentru descrierea acestei tulburări s-au folosit o varietate de termeni: colon spastic, colită mucoasă, colită mucomembranoasă, diaree nervoasă. În ultimul timp, termenul de colon iritabil este tot mai mult acceptat, întrucît disfuncţia motorie colonică este o caracteristică importantă a sindromului, iar pe de altă parte se evită cuvîntul „colită", total necorespunzător, deoarece nu este vorba de nici o inflamaţie a colonului.

Etiopatogeneza colonului iritabil nu este însă cunoscută, dar probabil cea mai importantă cauză este tulburarea echilibrului neurovegetativ, aproximativ jumătate dintre bolnavi asociind exarcerbarea sau reapariţia simptomelor cu stress-ul, suprasolicitările nervoase sau traumele psihice. Numeroase studii (Bockus şi colab. 1928; Hislop, 1971; Liss şi colab., 1973; Palmer şi colab., 1974; Steven şi colab., 1976) au arătat prezenţa unor tulburări psihice variate la o parte importantă dintre bolnavii cu colon iritabil.

Scopul studiului nostru a fost stabilirea frecvenţei şi intensităţii manifestărilor psihice la bolnavii cu colon iritabil internaţi într-un serviciu de medicină internă.

Material şi metodă. S-au studiat 42 bolnavi (28 femei, 14 bărbaţi) cu vîrsta medie de 39,1 ani (extremele între 19 şi 56 ani), internaţi în Clinica II Medicală între 1974—1977. Diagnosticul de colon iritabil a fost pus numai după eliminarea oricărei afecţiuni organice prin examen endoscopic (rectosigmoioscopie) şi radiologic (irigoscopie). La toţi bolnavii s-a efectuat un examen neuropsihic complet de către specialist.

Rezultate şi discuţii. La 34 (80,9%) din cei 42 bolnavi cu colon iritabil s-a constatat prezenţa unor tulburări psihice variate: anxietate, reacţii depresive, hiperemotivitate, indecizie, manifestări psihoemoţionale (inapetenţă, fatigabilitate, insomnii, cefalee etc.). Cea ma frecventă manifestare psihică întîlnită a fost starea depresivă. În 16% din cazuri, manifestările psihice au precedat debutul simptomelor caracteristice colonului iritabil.

Aezultatele noastre sînt în concordanţă cu alte studii care au scos în evidenţă frecvenţa manifestărilor psihice în cadrul sindromului de colon iritabil. Astfel, Bockus şi colab. (1) au găsit că 46% din cazurile lor prezentau o stare de depresiune, iar restul o instabilitate emoţională marcată. White şi Jones (4) într-un studiu efectuat la bolnavii cu colon iritabil internaţi la Messachusetts General Hospital, găsesc o stare de tensiune psihică exagerată la 49% din cazuri. Într-un alt studiu, efectuat pe 60 de bolnavi cu sindrom de colon iritabil, White şi colab. (5) găsesc la 92% din cazuri o stare de tensiune emoţională tradusă prin anxietate, indecizie, hiperimpulsivitate, depresiune şi chiar tendinţă la sinucidere. În sfîrşit, Young şi colab. (6) găsesc o tulburare psihiatrică mai mult sau mai puţin accentuată la 72% dintre bolnavii cu colon iritabil.

Din datele găsite în studiul nostru şi din lucrările citate din literatura medicală, rezultă că tulburările psihice sînt frecvent întîlnite la bolnavii cu colon iritabil şi că, în unele cazuri pot chiar domina tabloul clinic; cunoaşterea lor este indispensabilă pentru medicul practician dacă avem în vedere tratamentul corect al acestei afecţiuni.

REACTIVITATEA PSIHOGENĂ ÎN PATOLOGIA UNOR AFECȚIUNI BUCO-DENTARE

Margareta Hrimiuc, Angela Haimovici, V. Hrimiuc
— Iași

Psihiatria ca disciplină medicală integrativă, remarcă cu deosebită frecvență răsunetul unor boli psihice asupra masivului facial în general și asupra aparatului dento-maxilar în special, cît și asupra dezvoltării și formei cutiei craniene.

Debilitatea mintală este întovărășită uneori de un facies dismorfic cu urechi exagerat de mari, sau cu un facies nediferențiat cu sărăcirea conținutului expresiv-mimic, microcefalie sau macrocefalie, cu fruntea teșită îngustă, absența boselor frontale etc. Dintre oligofreniile genetice boala Langdon-Down are de asemenea facies caracteristic rotund, aplatizat, cu fantele palpebrale oblice înguste de tip „mongolian“ fruntea îngustă, nasul mic și aplatizat la rădăcină, limba scrotală, bolta palatină ogivală, dinți malformați și craniu microcefal. Acestea constituie numai un exemplu de tulburări psihosomatice de dezvoltare deși în grupul oligofreniilor pot fi citate numeroase aspecte de asemenea manifestări cranio-faciale. Mai important și semnificativ sînt însă de semnalat tulburările psihice care apar la subiecții cu un intelect normal, ca o consecință a unor malformații congenitale sau cîștigate ale feței, sau a unor anomalii de dezvoltare ale oaselor maxilare cum ar fi : despicăturile labio-maxilo-palatine parțiale, totale sau asociate, prognatismul, retrognatismul etc.

Aspectul fizionomic al unui subiect joacă un rol important în dezvoltarea personalității, iar pe de altă parte anumite malformații pot declanșa adevărate reacții psihogene de intensitate diferită, nevrotică sau psihotică ca în cazul anchilozei temporo-mandibulare, care survine mai frecvent în timpul copilăriei și poate lăsa amprente asupra dezvoltării personalității viitorului adult. La copil, sentimentul cunoașterii de sine, determină conștientizarea defectului său facial și nu de puține ori apar tulburări de comportament, refuz de a merge la școală, vagabondaj, fugă de acasă etc., constituind ceea ce numim în psihiatrie copil problemă. La aceasta își mai aduce contribuția și factorii sociali de microgrup (colectivitățile din grădinițe și școli), care prin izolare atitudinală sau amuzament naiv, fac să se conștientizeze și mai mult aspectul său fizionomic, factor capabil să determine apariția unei hiperemotivități, a dezvoltării unor complexe, închiderea în sine și a unei tendințe la izolare care fac ca acești copii să devină necomunicativi dînd impresia unei false debilități mintale.

Este adevărat că astăzi prin dezvoltarea culturală de masă, acești copii sînt aduși în timp util la medic pentru înlăturarea acestor afecțiuni, dar tot atît de adevărat este că nu totdeauna chirurgia maxilo-facială poate în totalitate să înlăture aceste anomalii congenitale sau cîștigate de la nivelul acestui teritoriu. Atitudinea parentală față de copilul malformat este diferită, complexă și variază în raport de gradul de cultură al acestora. De la interpretări și explicații metafizice și acuzații reciproce, pînă la interpretarea științifică a fenomenului în cauză, atitudinea părinților se situează pe diverse poziții uneori chiar dăunătoare pentru copii. Izolarea lui de colectivitate pentru a nu-și face de rîs familia, dezvoltarea unui sentiment de ură față de copilul malformat, sau a unei atitudini hiperprotectivă, sînt numai unele din problemele dăunătoare dezvoltării personalității. Exemplificînd diversele posibilități de structurare a tipurilor de personalități anormale, sub influența condițiilor externe Kerbikov arată trei din observațiile sale : fetița idol al familiei, fetița „cenușăreasa familiei“ și copii crescuți într-un medu unde domină afectele primitive, brutale, explozive, lăsînd copilul sub influența străzii, lipsit aproape total de educație.

Dacă aceste aspecte privind mediul familial, pot influența structurarea unor personalități dizarmonice, cu atît mai mult se pune problema atitudinii parentale în fața unui copil handicapat de o anumită afecțiune congenitală sau cîștigată în regiunea cranio-facială atitudine care poate să-și lase amprenta și să dezvolte unele trăsături negative care domină apoi întreaga personalitate a individului.

În cazul personalităților deja constituite, la adulți, apariția unor leziuni grave în regiunea maxilo-facială, ca o consecință a traumatismelor, arsurilor etc., și care pot modifica fizionomia subiectului, reacțiile psihogenetice pot căpăta intensități variabile de la nevroze pînă la adevărate psihoze reactive cu idei autolitice, dificile de tratat și de acomodat pacientul la noua stare de fapt.

În general, este cunoscut faptul că tehnicizarea tratamentelor stomatologice deposedează pe pacient de posibilitatea stabilirii unor raporturi adecvate de conlucrare cu medicul, și nu rareori în fața unor dureri puternice în regiunea buco-dentară, acestea să înceteze în fața ușii cabinetului stomatologic. Reacția anxioasă față de actul terapeutic stomatologic este capabilă să inhibe senzația dureroasă, fenomen care bineînțeles ține și de structura personalității individului.

Tineretul, fără a generaliza acest fenomen este mai puțin interesat și mai puțin preocupat de efectuarea unor examene stomatologice chiar în cazul apariției unor afecțiuni dentare pe care le consideră minore.

Interesul deosebit față de aspectul dentar se manifestă mai ales cînd se pune problema unor edentații în special în zona frontală și crește progresiv pînă la edentația totală care este capabilă prin protezare să declanșeze unele reacții psihogenetice de intensitate nevrotică și aspect depresiv cu dificultăți de acomodare la noua situație bucală, apariția unor ticuri. Alteori, pot apare reacții cverulente față de medic cu elemente revendicative și interpretative. Reacțiile psihogene în asemenea situaţii sînt incontestabil legate de personalitatea premorbidă care influenţează aspectul tabloului clinic şi durata acestuia.

Aşa cum s-a arătat reacţiile psihopatologice de diverse intensităţi care întovărăşesc diversele afecţiuni şi acte terapeutice stomatologice obligă pe medicul practician stomatolog să cunoască personalitatea pacientului, trăsăturile sale temperamentale şi caracteriale, ca prin persuasiune şi sugestie să evite pe cît posibil apariţia acestor stări.

MODIFICĂRI ANATOMOPATOLOGICE HIPOFIZARE ŞI OVARIENE ÎN CLIMACTERIU

Vera Pencea, Gioconda Dobrescu, Adriana Bădescu
— Iaşi

Climacteriul este etapa de trecere de la maturitatea sexuală completă la încetarea funcţiei ovariene. Menopauza constituie una dintre manifestările climacteriului şi anume data ultimii menstruaţii, stabilită retrospectiv, după un an de amenoree.

La limita unor importante modificări funcţionale şi organice climacteriul reprezintă un fenomen fiziologic al ontogenezei care durează aproximativ 10 ani. În cursul climacteriului se poate diferenţia o primă etapă, de 3—4 ani, premenopauza, care se continuă cu postmenopauza. Convenţional, se consideră că în jurul vîrstei de 50 de ani se instalează perioada de senilitate.

Ca regulă generală, climacteriul se caracterizează printr-o evoluţie lentă şi progresivă, de adaptare a organismului la deprimarea funcţiei ovariene. În aproximativ o treime din cazuri ea se exprimă clinic mai brutal, însoţindu-se de o serie de modificări vegetative, neuro-psihice, metabolice, hormonale şi viscerale. În celelalte două treimi din cazuri, manifestările acestei etape sînt atenuate, sau lipsesc.

Instalarea menopauzei are loc în jurul vîrstei de 50 de ani. Dacă ultima menstruaţie are loc înaintea vîrstei de 40 de ani, menopauza este considerată precoce, iar dacă se instalează după vîrsta de 54 de ani, este considerată tardivă. În ultimele decenii, se constată o creştere a perioadei de activitate a gonadostatului, manifestată prin apariţia mai tardivă a menopauzei.

În statistica noastră, dintr-un număr de 5 570 de consultaţii în cabinetul de endocrinologie al policlinicii, menopauza a survenit sub vîrsta de 40 de ani în 11,4% din cazuri şi după vîrsta de 54 de ani în 8,13% din cazuri. Menţionăm faptul că în majoritatea cazurilor menopauza a apărut între 48 şi 50 de ani. Incidenţa menopauzei precoce a fost estimată de Keettel şi Bradnury (9) şi 8% iar a menopauzei tardive de către Goecke (4) la 9,6% dintre femei.

Dintre numeroşii factori care pot influenţa cronologic apariţia menopauzei menţionăm: predispoziţia genetică, tonusul hipotalamo-hipofizar, starea funcţională a ovarului, afecţiuni ginecologice, viscerale şi metabolice, boli cronice şi neuropsihice, factori alimentari, surmenajul fizic, condiţiile geografice şi altii.

În studiul de faţă, am urmărit aspectele anatomopatologice ale hipofizei şi ovarelor, recoltate la necropsii la un număr de 80 de cazuri, cu vîrsta cuprinsă între 48 şi 63 de ani şi care au sucombat din diferite cauze.

Datele obţinute de noi, prin studiul histopatologic al hipofizei şi ovarului au arătat că în jurul menopauzei hipofiza îşi intensifică activitatea iar ovarele prezintă importante semne de scleroză. Astfel, la nivelul ovarului, corticala prezintă abundent ţesut conjunctiv, fibre şi celule aşezate în vîrtejuri, zone rare de hialinoză şi cîţiva corpi albicans. Prin coloraţia tricromică Szekelly se evidenţiază abundenţa fibrelor colagene. Vasele mici au media îngroşată prin hialinoză. Membranele bazale capilare sînt de asemenea, îngroşate. La nivelul medularei se constată un ţesut conjunctiv bogat în celule şi vase mari cu leziuni degenerative de hialinoscleroză (fig. 15). La nivelul hipofizei se observă creşterea numerică a celulelor bazofile gonadotrope.

În mecanismul de producere al tulburărilor de climacteriu a fost incriminată scăderea receptivităţii ovarului la stimulii centrali. Această ipoteză este argumentată de faptul că ovarul începe să scadă de volum încă de la vîrsta de 30 de ani, ajungînd în postmenopauză la 30—50% din greutatea avută la vîrsta maturităţii sexuale. Pe plan biologic, după vîrsta de 45 de ani, ca urmare a diminuării secreţiei de progesteron, substrat necesar sintezei androgenice, scade şi secreţia de estrogeni. Scăderea în pantă a estrogenilor se încrucişează în jurul vîrstei de 45—46 de ani cu curba mereu ascendentă a secreţiei de hormoni gonadotropi. Albert şi col. au arătat că excreţia de hormoni gonadropi creşte proporţional cu scăderea secreţiei de estrogeni atingînd maximum la 10—15 ani după menopauză. Secreţia de FSH este mai marcat crescută comparativ cu cea de LH. Între vîrsta de 50 şi 60 de ani, FSH depăşeşte de 10 ori, iar LH de 4 ori valorile din perioada de fertilitate (8). Concomitent, producţia de estrogeni scade în postmenopauză, de la valorile normale de 500 pînă la 1000 micrograme pe 24 de ore, la 100 pînă la 200 micrograme, iar eliminare de estrogeni rar depăşeşte 5 micrograme /24 h.

În climacteriu hipofiza se măreşte de volum, celulele bazofile se înmulţesc numeric şi activitatea se intensifică. Conţinutul în hormoni gonadotropi creşte în hipofiză de aproximativ 10 ori. Cercetări recente au stabilit că hormonii gonadotropi sînt secretaţi de un singur tip de celule bazofile hipofizare, PAS intens pozitive.

Intensificarea activității gonadotrope în climacteriu este determinată de diminuarea cantitativă și de modificări calitative ale secreției de estrogeni. Astfel, în climacteriu a fost constatată o sinteză mai crescută în estronă, hormon cu efect blocant mai redus asupra hormonilor gonadotropi. Creșterea gonadotropilor ar putea fi secundară blocării sintezei estrogenilor la etapa androstendion, interferîndu-se acțiunea estrogenilor la etapa androstendion, interferîndu-se acțiunea estrogenilor asupra centrului ciclic. În perioada de activitate genitală, LH induce la nivelul celulelor tecale, în prezența unui echipament enzimatic bogat, sinteza de androstendion și de testosteron, și în mică cantitate de estrogeni. FSH, stimulează sinteza de către celulele granuloasei a enzimelor necesare aromatizării hormonilor androgeni preluați prin difuziune din zona tecală (2, 3, 23). Celulele granuloasei sintetizează 90% din estrogeni, prin aromatizarea androgenilor și o mică cantitate „in situ". Secreția mediociclică de LH care determină ovulația, are loc numai cînd estrogenii au atins un anumit nivel „critic", eliberînd LH—RH preovulant. În climacteriu estrogenii fiind diminuați nu mai reușesc să imprime ciclitate în secreția hipotalamică. De asemenea, creșterea secreției de serotonină, sau scăderea secreției de PGE$_2$ pot determina perturbări în mecanismul complex al reglării hipotalamice ciclice.

Date recente par să infirme faptul că ovarul pierde progresiv capacitatea de a răspunde la stimularea centrală. Studii histochimice și hormonale au arătat că ovarul în climacteriu își păstrează activitatea enzimatică și prezintă un stoc de produse care sînt însă insuficient utilizate. Unii autori, au arătat că, în climacterium ovarul are un potețial reacțional la administrarea hormonilor gonadotropi. Incubarea stromei ovariene postmenopauzice cu acetat marcat și hormoni gonadotropi au demonstrat capacitatea secretorie a ovarului. În premenopauză, nivelul crescut al gonadotropilor coexistă cu o hiperestrogenie relativă și abia în posmenopauză secreția estrogenică scade lent, și devine net deficitară.

Imaginea histopatologică a ovarului amintește pe cea de scleroză a testiculului din sindroamele hipergonadotrope. S-ar putea ca modificările constatate la nivelul ovarului cu dispariția treptată a foliculilor „sufocați" de dezvoltarea țesutului fibros să fie secundare hipersecreției inițiale de hormoni gonadotropi. În timp, dezvoltarea țesutului fibros determină o reducere a rezervei ovulante, o insuficiență ovariană degenerativă cu scăderea secreției de estrogeni, care intensifică și mai mult activitatea gonadotropă. Modificările scleroase ale sistemului vascular ovarian preced alterările vasculare din alte teritorii ale organismului. Încă în 1946, Reynolds a observat la nivelul ovarelor o scleroză fiziologică a vaselor. Lauritzen a constatat că după administrarea la animale a hormonilor gonadotropi apare scleroza vaselor ovariene. Subliniem faptul că Johnson, Kaiser și Daune au semnalat o excreție gonadotropă crescută încă de la vîrsta de 40 de ani. Papanicolau și colab, au constatat în premenopauză excreția de estrogeni crescută concomitent cu cea a hormonilor gonadotropi.

Din datele noastre și a altor autori, rezultă că alături de aspectul de insuficiență ovariană de tip scleros, în postmenopauză și chiar în perioada de senilitate hipofiza își păstrează surprinzător capacitatea funcțională.

În premenopauză diminuă formarea foliculilor gametogeni iar în postmenopauză se instalează o insuficiență foliculară progresivă, care antrenează prin dispariția feed-back-ului pozitiv și negativ o hipertonie hipotalamo-hipofizară pe axă gonadotropă. În timp, hipersecreția gonadotropă ar determina modificările scleroase de la nivelul ovarului. Această ipoteză este sugerată pe de o parte de faptul că atrezia ovariană și alterările vasculare în climacteriu constituiesc fenomene singulare în concertul celorlalte glande endocrine care își păstrează structura și funcția iar pe de altă parte de faptul că hipofiza își intensifică activitatea. Teoria ar putea fi confirmată pe plan clinic dacă intervenind în premenopauză prin metode terapeutice care să calmeze hipertonia gonadotropă se va produce o temporizare în apariția menopauzei.

MODIFICĂRI NEURO-PSIHICE ÎN DEZECHILIBRELE HIDROIONICE DIN OCLUZIILE DIGESTIVE ÎNALTE

C. Dolinescu, A. Untură, R. Răileanu, C. Pleșa, C. Diaconu,
Constanța Ionescu, Felicia Rotemberg
— Iași

Tulburările metabolice sînt adeseori incriminate în modificările funcțiilor neuropsihice, putînd produce alterări simple ale stării de conștiență, pînă la adevărate stări de comă.

Caracteristica acestor tulburări este reversibilitatea simptomelor, odată cu reechilibrarea dezordinilor metabolice, cu excepția cazurilor în care intensitatea și persistența modificărilor umorale a generat leziuni ireversibile ale S.N.C.

Se pare că tulburările neuropsihice sînt consecința unei game extrem de largi de cauze, de la lipsa de aprovizionare cu elemente energetice, pînă la scăderea consumului de oxigen datorită unor perturbări ale proceselor oxidative intracerebrale.

Dezechilibrele hidroionice, care prin edemul cerebral, sau invers, prin colaps cerebral, prin schimburile ionice de la nivelul celulei nervoase, prin mecanismele de polarizare şi depolarizare, pot genera diverse forme de encefalopatii. În general factorii care contribuie la producerea tulburărilor neuro-psihice se sumează şi pot da diferite aspecte clinice.

Encefalopatiile prin tulburări hidroionice şi ale echilibrului acido-bazic, pe care le întîlnim mai frecvent la bolnavii chirurgicali, au asemănări cu celelalte encefalopatii metabolice, mai ales cu simptome nervoase şi electrocardiografice.

Fenomenele nervoase le grupăm în : — Tulburări psihice ; — convulsii ; — tulburări de conştiinţă ;

Tulburările psihice se manifestă prin modificări de comportament, dezorientare în timp şi spaţiu, confuzie mintală, delir, halucinaţii, anxietate, crize de agresivitate, stare de agitaţie.

Convulsiile sînt precedate, în general, de tulburări psihice care sînt generalizate şi îmbracă forma unor crize epileptice.

Tulburările de conştiinţă, ca şi cele psihice, sînt extrem de variate, de la obnubilare pînă la pierderea totală a conştiinţei.

În clinica III-a chirurgicală, au fost înregistraţi un număr de 11 bolnavi cu tulburări neuropsihice prin dezechilibre hidroionice, din care două forme mai puţin severe, iar un caz cu o stare deosebit de gravă, acesta din urmă prezenta fenomene neuro-psihice în cadrul encefalopatiei prin tulburări hidroelectrolitice şi ale echilibrului acido-bazic, cu modificări de comportament, anxietate, agitaţie, ce au dus la pierderea stării de conştiinţă şi comă. Aceşti bolnavi au fost operaţi după prealabila reechilibrare, pentru ocluzie digestivă înaltă (stenoză pilorică). Un caz edificator de comă prin dezechilibrul hidroionic, este cel al bolnavului H.A., în vîrstă de 55 de ani, suferind de ulcer duodenal de 12 ani, cu simptomatologie caracterstică şi care prezenta de 3 luni dureri şi vărsături, cu scădere în greutate ; vărsăturile şi le provoca prin excitarea faringelui. Este spitalizat în clinica medicală, în două rînduri, cu ameliorare pasageră recomandîndu-se intervenţia chirurgicală pentru fenomene avansate de stenoză pilorică. În februarie 1976, după o perioadă de 5 zile vărsături, este internat în stare de comă la neuropsihiatrie, de unde este apoi transferat la secţia A.T.I.

Bolnavul prezenta un tablou clinic foarte variat şi complex, cu tulburări de comportament, dezorientat în timp şi spaţiu, stare de confuzie mintală, delir, halucinaţii, anxietate, agitaţie, ce ducea la crize de agresivitate. Acest tablou psihic era urmat de convulsii generalizate ce îmbrăcau aspectul crizelor epileptice. Cît priveşte starea de conştiinţă, aceasta mergea de la simpla obnubilare, pînă la pierderea totală a conştiinţei.

Instructiv pentru noi a fost urmărirea curbei ionilor de potasiu şi clor, corelată cu aspectul clinic al bolnavului. Cunoscînd rolul K^+ în procesele metabolice celulare de catalizator enzimatic în transmisia neuromusculară şi de excitator cortical (parasimpatico-mimetic), am urmărit în paralel: atît dozarea K^+ plasmatic, cît şi traseul electrocardiografic. În intervalul de timp, cînd curba K^+ era în continuă scădere, ajungînd pînă la 2,7 mEq/l şi chiar la 1,7 mEq/l, starea de depresiune nervoasă, somnolenţa, confuzia şi coma s-au adîncit progresiv. Bolnavul mai prezenta pareze, pînă la paralizia flască cu areflexie. Starea de anorexie, greaţa şi vărsăturile s-au accentuat progresiv cu deperdiţii şi mai mari de ioni de K^+ întreţinînd cercul vicios. Semnele cardiace, de mare utilitate în aprecierea gravităţii cazului, ne-au servit în reechilibrarea bolnavului. Pe traseul electrocardiografic unda T era turtită, aplatizată, cu subdenivelarea segmentului S.T. (mai mult de 0,5 mm) cu apariţia undei U, alungirea intervalului QT, lărgirea complexului QRS pînă la adevăratul bloc de ramură. Acest dezechilibru hidroionic, în special a potasiului şi clorului, generează o alcaloză hipokalimică şi hipocloremică, care trebuie reechilibrată cu clorură de potasiu şi clorură de amoniu. Ionii de potasiu şi clor în deficit în plasmă, cît şi trecerea hidrogenului în celulă, prin înlocuirea potasiului şi retenţia de baze, generează acea alcaloză hipokaliemică şi hipocloremică cu diversele ei forme de gravitate exprimate clinic.

Reechilibrarea treptată a bolnavului a dus la dispariţia tulburărilor neuro-psihice, cu revenirea stării de conştiinţă şi recuperarea sa clinică şi biologică, care a permis în final actul chirurgical, cu recuperarea sa integrală şi externarea după 27 de zile de spitalizare, vindecat operator şi echilibrat hidroelectrolitic şi metabolic. Administrarea de clorură de potasiu în concentraţie de 10% pentru fiecare flacon de 250 ml soluţie de glucoză suficientă. În mod curent, doza de 44 ore, de K^+, care se administrează intravenos, este de 6—8 gr. (150—200 mEq).

Unele servicii folosesc soluţia Darow, Butler, Talbot, sau chiar soluţia Ringer ce conţine 4 mEq 1. Administrarea orală de clorură de potasiu în caşete de 0,5—1 gr., în cantitate totală de 2—4 gr./zi, este ineficientă la bolnavii cu stenoze pilorice, motiv pentru care nici noi nu am folosit-o.

Terapia cu potasiu nu se administrează la o diureză sub 500 ml şi nu se va încerca acoperirea globală a deficitului din primul moment. Administrarea trebuie făcută treptat, eşalonat pe zile, sub controlul ionogramei şi al Ec. g. Am administrat în paralel ioni de calciu şi sodiu, cunoscînd faptul că acesta din urmă ajută la refacerea capitalului potasic, prin repartizarea sa intra şi extracelulară.

Ceilalţi doi bolnavi nu au pus probleme atît de dificile din punct de vedere al echilibrării hidroionice şi nici un aspect psihic deosebit.

În încheiere ţinem să precizăm că tulburările neuro-psihice sînt un fapt real, generat uneori prin fenomene de deshidratare şi dezechilibre hidroionice şi acido-bazice, ce pot avea un răsunet important asupra parametrilor vitali (rinichi, aparat cardiovascular şi S.N.C.) punînd în pericol viaţa bolnavului. Pentru evitarea acestor fenomene grave se impune un diagnostic clinic şi de laborator precoce, un tratament intensiv de corectare a acestor tulburări, suprimînd totodată cauza care a generat tabloul clinic. Cînd intervin dificultăţi în diagnostic, rezolvarea tulburărilor amintite trebuie făcută prin consult cu specialiştii de profil şi anesteziologul reanimator, pentru a evita dirijarea acestor bolnavi în secții de alte profile și întîrzierea tratamentului corect, în vederea recuperării bolnavului.

Corectarea dezechilibrelor hidroionice în stenozele digestive înalte (stenoza pilorică, medio-bulbară, pensa aorto-mezenterică) este absolut obligatorie în vederea actului operator, efectuarea gestului chirurgical fără corectarea hidroionică, ducînd la pierderea bolnavului.

Veriga patogenică esențială în complexul dezechilibrelor hidrominerale, sintetizate prin sindromul Darow, îl reprezintă pierderea masivă de K+ ; corectarea acestui dezechilibru duce la dispariția fenomenelor clinice, inclusiv a celor neuro-psihice.

MODIFICĂRI PSIHOLOGICE ÎN SINDROMUL KLINEFELTER

M. Covic, V. Mihăescu, V. Astărăstoae, E. Zbranca, C. Romanescu, C. Postelnicu
— Iași

Sindromul Klinefelter este o disgenezie orhitică, descrisă în 1942, și caracterizată prin : talie de obicei înaltă ; hipogonadism, ginecomastie ; disociație penoscrotală (testiculi mici) cu azoospermie și deci sterilitatet; secreție scăzută de testosteron ; gonadotrofine urinare crescute ; cromatina X este pozitivă iar cariotipul este frecvent 47, XXY. S-au descris și alte structuri genetice : 46, XY/47, XXY (cu fenomene clinice atenuate), 48, XXXY.

Fenomenele clinice sînt expresia disgeneziei gonadice (care influențează sau suprimă funcția endocrină și exocrină a testiculilor) secundară dezechilibrului genetic produs de un cromosom X în plus.

Funcțiile psihice pot fi modificate (circa 2/3) din cazuri deși există bolnavi cu sindrom Klinefelter cu intelect normal și fără tulburări de comportament. Dintre modificări cităm : debilitate mintală (15—25% subiecți au QI 80), caracter timid, supus, lipsă de inițiativă și energie, activitate redusă și fatigabilitate. Se notează nevroze obsesionale și creșterea delicvenței (38% după Nielsen) : tendință la agresiuni sexuale, incendiere, exhibiționism — mai rar acte de violență.

Aceste modificări psihice explică frecvența crescută a bolnavilor cu sindrom Klinefelter printre bolnavii spitalelor psihiatrice (în medie 5,4‰), instituțiilor speciale 8,9‰, caselor de corecție 3‰ în comparație cu frecvența sindromului la nou născuți (1,7‰) și adulți 2,2‰.

În scopul definirii aspectelor psihologice și comportamentale ale bolnavilor și sindromul Klinefelter am inițiat studiul de față.

Material și metodă : Au fost investigați opt subiecți cu vîrste între 19—42 ani la care a fost stabilit clinic și genetic diagnosticul sindromului Klinefelter, cinci provenind din mediul urban, trei din mediul rural (Tabel I).

La acești subiecți au fost aplicate testele WAIS, LUSCHER și SZONDI.

Rezultate și discuții : Rezultatele obținute confirmă 67 (minim) și QI = 94 (maxim) (Tabel II).

Coeficientul intelectual este în medie 78,625 (QI = 78,625), valorile individuale situîndu-se între QI = 67 (minim) și QI = (maxim) (Tabel II).

Subiecții au întîmpinat cele mai mari dificultăți la probele de abstractizare și generalizare, calculul matematic și cuburi. Desigur, în timpul aplicării probelor testului WAIS am putut face unele observații referitoare la trăsăturile de personalitate, observații confirmate de testele proiective care au fost aplicate în continuare. Menționăm : agitație, nevoie de încurajare și de apreciere a rezultatelor etc.

Tabel nr. 1

Sub.	Vîrsta	Cromatina X pozitivă	Cariotip 47/XXY	Mediu
1	28	pozitiv	47/XXY	U
2	19	pozitiv	47/XXY	R
3	24	pozitiv	47/XXY	U
4	32	pozitiv	47/XXY	U
5	26	pozitiv	47/XXY	U
6	29	pozitiv	47/XXY	U
7	21	pozitiv	47/XXY	R
8	25	pozitiv	47/XXY	R

Tabel nr. 2

Sub.	Vîrsta	Mediu	Q.I.
1	28	U	82
2	19	R	82
3	24	U	72
4	32	U	76
5	26	U	94
6	29	U	75
7	21	R	81
8	25	R	67

Din studiul cazurilor investigate rezultă că este posibil ca subiecții cu astfel de diagnostic să prezinte un deficit intelectual cu abateri mai mult sau mai puțin semnificative de la ceea ce punctajul ne indică normalitatea (Q.I. = 80). Teoretic. În realitate nu este obligatoriu ca deficiența intelectuală să existe (a se vedea tabelul II unde patru din cazurile investigate aveau Q.I. caracteristic normalității). Faptul însă că din pnuct de vedere al punctajului obținut subiecții se plasează la limita inferioară a normalității este semnificativ : niciunul dintre ei n-a depășit studiile medii.

Comportamentul subiecţilor investigaţi prezintă unele aspecte particulare (tabelul III) generate fie de structura lor genetică, „mozaicul pulsiunilor" (în limbajul lui Szondi), fie de obiectivele dorite, relevate de testul Lucher.

Tabel nr. 3

Vectori	S		P		Sch		C				
Pulsiuni	s	h	e	hg	k	p	d	m	Σ_o	$\Sigma\pm$	$\Sigma_o+\Sigma\pm$
Σ_o	3	—	5	—	2	—	2	2	14		
$\Sigma\pm$	—	—	1	2	—	3	1	1		8	
$\Sigma_o+\Sigma\pm$	3	0	6	2	2	3	3	3			23

Din cele opt pulsiuni pe care le investighează testul Szondi, cea mai încărcată este pulsiunea *e* şi semnifică, după interpretarea dată de creatorul testului, acumulare inconştientă de efecte brutale: ură, mînie, nevoia de violenţă, tensiune agitaţie. Conform formulei pulsionalei obţinute, în spatele acestei încărcături distructive se află pulsiunea cea mai puţin satisfăcută, *h*, semnificînd nevoia de tandreţe, afectivitate. Pulsiunile alcătuiesc, două cîte două, vectori S (al vieţii sexuale), P (al efectelor), Sch (al Eului), C (al legăturii cu lumea exterioară). Sintetic, iată ce semnifică vectorii în urma analizei rezultatelor grupului investigat: S = activitatea agresivă, sexualitate isteriformă; P = panică, reflex de moarte (după Kretschmer); Sch = Eul hipertrofiat care vrea „să fie şi să aibă totul"; C = după pierderea obiectului vechi şi detaşare, subiectul începe căutarea unui nou obiect; spirit atent la toţi stimulii.

Spuneam că particularităţile comportamentului subiecţilor cu sindrom Klinefelter pot fi determinate, de ex., de obiectivele dorite. Relevate de testul Lucher, acestea ar fi: nevoia de succes de trăire intensă a vieţii, nevoia de prestigiu şi recunoaştere specială, nevoia de căldură şi apropiere, afecţiune şi bună tovărăşie.

Încercînd o sinteză pe baza interpretării rezultatelor referitoare la *grupul studiat*, apreciem că subiecţii cu sindrom Klinefelter prezintă un intelect de limită, agresivitate comportamentală, acesta din urmă traducînd nevoia de succes trăire intensă a vieţii, prestigiu şi afecţiune.

The authors of the present paper show the results obtained after the psychological investigation of eight sick men with the clinical and genetic diagnosis of Klinefelter syndrome. Having applied Wais (inteliligence), Lücher and Szondy (personality) tests the authors, relying on the interpretation of the results referring to the group under discussion, appreciate that some of the subjects with Klinefelter syndrome show a limited intelligence (Q.I. = 78,625) and behavioural aggressiveness. The lather expresses the need of success, of an intens life experience, of high reputation and affection.

TULBURĂRILE PSIHICE ÎN LEZIUNILE VASCULARE ALE EMISFERULUI NEDOMINANT (NEVERBAL)

V. Hrimiuc, E. Nemţeanu
— *Iaşi*

Asimetria funcţională a emisferelor cerebrale cunoscută de aproape 150 ani (Marc Dax — 1836) a generat o diferenţiere artificială a lor în emisferă majoră şi emisferă minoră sau în dominantă şi nedominantă. Motivul principal al acestor categorisiri a fost localizarea funcţiei vorbirii ce se cuprinde cel mai adesea între funcţiile emisferului stîng. Mult mai recent s-a demonstrat prin fapte clinice şi experimentale că şi emisferul drept are funcţii proprii fără echivalent controlateral. Dacă localizarea funcţiei vorbirii este în relaţie cu lateralizarea individului judecată după membrul superior, membrul inferior şi ochiul cu precădere utilizat, alte funcţii par înscrise genetic în activităţile specifice ale unui anumit emisfer. Se apreciază că aproximativ 25% din populaţie sînt dreptaci exclusivi, 40% sînt dreptaci preferenţiali, 25% sînt ambidextri (ambimani), 10% sînt stîngaci preferenţiali, iar stîngaciul exclusiv ar fi o excepţie (Barbizet şi Duizabo — 1977). În consecinţă, organizarea funcţiei vorbirii se realizează într-un procent mergînd pînă la 80—90% în emisferul stîng care poate fi denumit emisfer verbal, în opoziţie cu celălalt — neverbal. Unele experienţe foarte recente pledează şi pentru o specificitate a proceselor psihice ale fiecărui emisfer. Astfel, S. Dimond, proiectînd diferite secvenţe filmate cu teme diferite, percepute separat de cele două emisfere (subiecţii în experiment priveau prin ochelari ce le realizau un fel de hemianopsie dreaptă sau stîngă) a constatat că cei ce „priveau" cu emisferul drept apreciau imaginile ca triste sau neplăcute, în opoziţie cu cei ce le urmăreau cu emisferul stîng sau cu ambii ochi, de unde s-a tras concluzia că emisferul drept imprimă o notă depresivă a ceea ce se receptează din lumea înconjurătoare şi că emisferul stîng ajustează coloratura emoţională şi o impune. Deci, se poate trage concluzia că se realizează un fel de dominanţă şi în cazul emoţiilor. De altfel, K. Goldstein (1939) a descris neliniştea şi dezorganizarea comportamentului în cazul leziunilor de emisfer stîng sub numele de „reacţii de catastrofă", ceea ce ar fi un argument că emisferul drept ar furniza o cotă importantă a comportamentului emoţional. Acest argument este susţinut şi de reacţiile de indiferenţă ce se constată la bolnavii cu leziuni ale emisferului drept sau realizate în experiment prin injectare cu barbiturice sau procaină în carotida dreaptă.

Numeroase studii efectuate pe bolnavi cu leziuni emisferice unilaterale au demonstrat rolul predominant a emisferului drept în recunoaşterea şi memorizarea figurilor umane. În ceea ce priveşte auzul, s-ar părea că există o diferenţiere între emisferul drept care ar recepta mai mult vorbirea (discursul) şi emisferul stîng care ar discerne mai bine muzica. În acest sens pledează experienţele lui B. Milner care lucrînd cu teste de aptitudine muzicală ale lui Seashore la epileptici ce au suferit ablaţii de lob temporal drept sau stîng au constatat că ar exista un deficit al memoriei melodiilor la cei operaţi de partea dreaptă. Experienţele lui Vignolo au evidenţiat la bolnavi cu leziuni ale emisferului drept că discriminarea ansamblurilor sonore este perturbată, în timp ce la cei cu leziuni de emisfer stîng apare o tulburare de identificare a sunetelor semnificative. De Renzi consideră că emisferul drept ar avea un rol în discriminarea şi organizarea datelor senzoriale în timp ce emisferul stîng ar asocia aceste date şi ar permite extragerea semnificaţie.

Studiile lui Sperry şi colab. pe bolnavi cu creier dedublat („split brain" sau „cerveau dédoublé") la epileptici au permis să se examineze separat funcţiile celor două emisfere. Acestor bolnavi li s-au prezentat figuri „himere" constituite din jumătăţi de figuri deosebite şi care au fost prezentate subiecţilor prin metoda tahistoscopică, deducîndu-se că fiecare emisferă reconstituie, redînd întregul, din jumătatea de figură pe care emisferul o priveşte ; deci, în creierul acestor bolnavi se formează reprezentări diferite în funcţie de emisferul care „priveşte", bolnavul nefiind capabil să reconstituie imaginea în ansamblul său real, avînd secţionate fibrele corpului calos.

Jacqeline Renaud, efectuînd un studiu pe un lot mare de subiecţi de ambele sexe, ajunge la concluzia că la femei există o tendinţă de lateralizare pe emisferul stîng, ele fiind mai vorbăreţe dar şi mai logice, în timp ce bărbaţii ar avea o preferinţă spre dreapta tradusă prin abilitatea manuală şi o spaţializare mai bună ca şi un scor mai bun obţinut în studiile matematice.

B. Schwartz (Yale) constată că direcţia privirii la un lot de subiecţi cărora li se dau nişte sarcini, variază în funcţie de conţinutul emoţional al sarcinilor ; cînd acest conţinut este predominant afectiv globii oculari se mişcă spre stînga iar cînd lipseşte acest conţinut globii oculari se deplasează spre dreapta.

Concluzia logică a acestor studii ar fi că emisferul drept realizează reprezentări spaţiale şi are funcţii afective. Singer apreciază că cei ce privesc mai mult spre stînga sînt firi creative şi emotive, în timp ce cei care privesc predominant spre dreapta sînt raţionali şi au valenţe matematice.

Problema lateralizării funcţiilor cerebrale rămîne neclară, cu atît mai mult cu cît ea nu este cunoscută nici la primatele superioare. Se avansează ideea că la om ar avea o origine genetică realizată printr-o mutaţie. Studiile clinice indică însă că stîngacii sînt frecvent reprezentaţi în cazurile patologice (pînă la 17%) iar cei imprecis lateralizaţi rămîn sugestibili şi vulnerabili la boli.

Explicaţiile preferinţei manuale şi implicit a dominanţei cerebrale pentru o anumită funcţie sînt următoarele : — ipoteza embriologică — s-ar dezvolta mai rapid emisferul stîng ; — ipoteza anatomică — planum temporale este mai mare pe stînga în raport cu 6/1 (Gerschwind—Lewitsky, 1968) ; — ipoteza genetică susţinută prin existenţa unei familii de stîngaci ; — ipoteza relaţională — lateralizarea se realizează prin educaţie şi necesitate de viaţă (deci, constrîngere şi presiune socială).

În decurs de 10 ani am urmărit un mare număr de cazuri cu leziuni vasculare ale emisferului drept la dreptaci din care am reţinut doar elementele semnificative ale unui număr de 17 bolnavi — din care 11 femei şi 6 bărbaţi. Vîrsta acestor bolnavi a fost cuprinsă între 48 ani şi 71 ani cu o medie în jur de 64 ani. Debutul afecţiunii a fost totdeauna brusc şi s-a caracterizat prin hemiplegie stîngă în toate cazurile, hemihipoestezie stîngă în 12 cazuri, tulburări de schemă corporală şi spaţialitate în 8 cazuri, hemianopsie în 6 cazuri. În ceea ce priveşte acest ultim simptom planează dubiul asupra certitudinii sale întrucît bolnavii prezentînd tulburări de spaţialitate puteau avea o indiferenţă faţă de stimuli chiar cu valoare nociceptivă ce apăreau din partea stîngă a corpului. Deficitul motor a regresat rapid în 5 cazuri şi s-a redus substanţial în alte 6 cazuri ; în numai 4 cazuri el a rămas total pe toată durata observaţiei care a depăşit cel puţin 1 an de zile. Nu putem afirma cu certitudine prezenţa apraxiei la aceşti bolnavi din cauza deficitului motor accentuat prezent la debutul afecţiunii. În nici un caz nu s-a notat comă la începutul îmbolnăvirii, mecanismul ischemic părînd a fi cel incriminabil.

Imediat după instalarea deficitelor neurologice s-a constatat de către familie sau/şi de către examinatori o schimbare uneori profundă în comportamentul acestor bolnavi. Schematizînd, aceste tulburări au îmbrăcat următoarele aspecte :

— bolnavii prezentau o stare psihică de bază constituită dintr-o indiferenţă la tot ceea ce se petrecea în jurul lor, cu unele treceri explozive de iritabilitate, anxietate, crize de mînie nejustificată sau de manifestări euforice. În unele momente inserarea în conversaţiile salonului sau a familiei se făcea brusc, cu o notă ironică, cu un limbaj agresiv, neadecvat şi cu unele elemente triviale ;

— în general, s-a constatat o scădere a activităţii motorii realizînd o stare de torpoare, în special diurnă, cînd urmărindu-l pe bolnav în patul său se creia senzaţia că doarme, dar de fapt era retras într-o lume a lui, nedispus să ia contact cu lumea exterioară. Solicitarea la răspuns verbal sau la activitate motorie era efectuată cu vădită indispoziţie sau dovedea un negativism patent. O bolnavă se întorcea de fiecare dată cu spatele atunci cînd îi apărea cineva din familie;

— în cîteva cazuri intervenţia în conversaţie se făcea în legătură cu una şi aceeaşi temă lipsită de importanţă dar care domina sfera interesului bolnavului. Deşi subiectul pe care îl abordau revenea ca o obsesie, manifestarea exterioară, în afara celei verbale, era lipsită total de interesul pe care l-ar presupune revenirea constantă asupra unei teme. După exprimarea unei astfel de întrebări, uneori nici nu dovedeau că aşteaptă un răspuns; — în toate cazurile, bolnavii prezentau tulburări ale atenţiei atît cît priveşte orientarea cît mai ales concentrarea şi distribuţia; — memoria şi judecata păreau a conserva valoarea avută înaintea accidentului vascular dar punerea lor în valoare era dificilă; — în toate cazurile s-a constatat o inversiune mai mult sau mai puţin completă a ritmului nictemeral care se instalează precoce şi se întovărăşeşte de cele mai multe ori de o agitaţie motorie şi psihică în cursul nopţii cînd bolnavul se agită, ţipă, solicită tot felul de ajutoare şi impune celor apropiaţi să stea de veghe lîngă ei. De remarcat că această tulburare este suficient de tenace şi greu reductibilă medicamentos.

Toate aceste tulburări au apărut la persoane la care ancheta familială indica o predispoziţie spre o astfel de comportare (7 cazuri) dar la toate celelalte cazuri ea a apărut odată cu accidentul vascular schimbînd radical atitudinea lor psihică. Primul caz al prezentului studiu se referă la o persoană de 67 ani care era deosebit de îndrăgită de familie, fusese o gospodină, mamă şi bunică exemplară, plină de bunătate, tact şi înţelegere şi care după declanşarea bolii a devenit teroarea familiei.

Cît priveşte evoluţia acestor tulburări, după o perioadă de 3—4 săptămîni, ele au tins să se amelioreze, dar în 3 observaţii ele s-au menţinut o perioadă îndelungată (într-un caz, pînă la moartea bolnavei care a survenit la 3 ani după accidentul vascular cerebral declanşator).

Prin prezenţa tulburărilor psihice, accidentele vasculare de emisfer neverbal capătă un prognostic mai rezervat uneori chiar sumbru faţă de cele ale emisferului stîng care generează un handicap fizic (motor şi vorbire) aparent mai mare.

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA SINDROMULUI NEURO-PSIHIC ÎN TUMORILE DE CORP CALOS

Gh. Pendefunda, T. Obreja, C. Oprişan
— *Iaşi*

Primele descrieri asupra simptomatologiei tumorilor de corp calos datează din secolul XIX, fiind menţionate în enciclopedia lui NOTHUAGEL. BRISTOWE se pare că este primul autor care a sintetizat un sindrom tumoral de corp calos într-un studiu pe 3 cazuri personale, studiu reluat apoi de BRUNS. ROKITANSKY (1850) şi JOLLY (1869) raportează primele lipoame asociate la o agenezie de corp calos, iar LEVY VALENSI prezintă în teza sa 93 cazuri adunate din literatură.

Dintre simptomele importante, fenomenele psihice se clasează pe primul loc, aspectul lor fiind foarte variat în raport cu diverşi autori care au studiat sindromul de corp calos. Plecînd de la BRISTOWE şi RANSON care descriu tulburări psihice sub forma modificărilor gradate a stării mintale cu pusee de agravare, stupiditate fără tulburări afazice — hemipareză uneori cu tendinţă la bilateralizare, convulsii unilaterale şi simptome generale ale unei neoformaţii cerebrale şi trecînd apoi la descrierea devenită clasică a semiologiei caloase, aşa cum a formulat-o RAYMOND, LEJONNE şi LHERMITTE şi în care sindromul psihic cuprinde o lipsă de legătură în idei, o bizarerie în maniere şi în acte, apoi tulburări de memorie în special pentru faptele recente; apar modificări de caracter, bolnavul devine iritabil, comportament instabil, iar în ultimă instanţă se instalează o stare de inconştienţă. AYALA (1913) pe 112 cazuri studiate, descrie o stare depresivă, apatie cu inhibiţie generală, tulburări de memorie fără iluzii sau halucinaţii. GUILLAIN şi GARCIN (1926) descriu alexia asociată la tulburările psihice iar KRETSCHMER într-un articol publicat în 1968 nu menţionează tulburări psihice particulare ale tumorilor de corp calos în timp ce JEYDENAK în teza sa (citat de Boucher, 1979) aminteşte de prezneţa unui sindrom de tip Korsakov.

Tulburările motorii, aşa cum rezultă din literatură, îmbracă diferite tipuri, prezenţa lor nefiind obligatorie, aşa cum rezultă din descrierea diverşilor autori. Astfel, se semnalează apraxia, ideomotorie stîngă, grafia stîngă, ataxia caloasă, tulburări de limbaj sub formă de afazie de intonaţie; se pot asocia crizele comiţiale şi sindroame hemiparetice şi paraparetice. În raport cu localizarea în diferite porţiuni ale corpului calos, DURET (citat de Boucher, 1979), precizează că leziunile părţii anterioare a corpului calos determină tulburări de motilitate la faţă, limbă şi trunchi; tumorile părţilor mijlocii ale corpului calos duc la astazie-abazie iar o ataxie cu aspect cerebelos asociată uneori cu o hemianopsie ar fi caracteristic pentru leziunile posterioare. După Schuster simptomatologia clinică a leziunilor corpului calos în raport cu topografia leziunii s-ar prezenta în felul următor: tumorile de genunchi dau tulburări psihice, tulburări motorii cu prinderea feţei şi convulsii; tumorile de splenium se însoţesc de paralizii care încep prin membrele inferioare iar tumorile corpului dau tetraplegii.

Trecînd în revistă unele lucrări fundamentale care încearcă să prezinte situaţia simptomatologică a tumorilor de corp calos am menţiona lucrarea lui BARUK (1926), iar recent, aşa cum menţionează Boucher (1979), în urma adunării unor date din literatură ţinînd seama de posibilităţile de explorare modernă confirmate şi intraoperator simptomatologia clinică pare să se contureze mai bine, avînd însă aceeaşi variabilitate a fenomenelor şi care ar explica, cel puţin în parte, dificultăţile de diagnostic. În acest sens tumorile mici de volum, în stadiile de debut sînt greu diagnosticabile, tulburările psihice predominante ducînd deseori la categorisirea acestor bolnavi ca psihic şi trataţi ca atare; localizarea tumorii în diferite segmente ale corpului calos, anterior, mijlociu sau posterior, poate determina o simptomatologie diferită; extinderea tumorii cu prinderea diverselor porţiuni din emisferele cerebrale poate deseori modifica tabloul clinic, considerat specific pentru corpul calos, asociind o serie de simptoame ale structurilor vecine interesate; un examen atent, minuţios poate deseori orienta diagnosticul pentru o localizare în corpul calos al tumorii.

Fiind confruntaţi cu aceste dificultăţi în precizarea diagnosticului de tumoră de corp calos prezentînd în continuare observaţiile celor doi bolnavi:

Cazul 1 — Bolnavul P.D. de 35 ani din Săvineşti — Neamţ se internează în Clinica Neurologică Iaşi la 14.08.1979 fiind transferat de la Clinica de Psihiatrie cu diagnosticul de: Psihoză etilică, observaţie proces neoformativ intracranian. Debutul bolii lent progresiv în urmă cu o lună şi jumătate prin tulburări mnezice pentru care este internat în Clinica Psihiatrică Iaşi cu suspiciunea de Sindrom Korsakov dat fiind că bolnavul era un etilic intens. Accentuarea fenomenelor psihice cu apariţia unei intense cefaler tulburărilor de echilibru şi sfincteriene, determină transferul bolnavului în clinica noastră. Examenul neurologic la internare constată un intens sindrom ataxic cu tremor stato-kinetic, hiperreflectivitate osteo-tendinoasă, diminuarea reflexelor abdominale, inversarea cutanaţelor plantare, dizartrie, incontinenţă sfincteriană, cefalee difuză. Psihic se remarcă dezorientarea temporo-spaţială, tulburări grave ale memoriei de fixare, labilitate afectivă, lcomportament moriatic". La examenul fundului de ochi se evidenţiază un accentuat edem papilar la ambii ochi. Traseul electroencefalografic este normal. Angiografia cerebrală relevă pe profil la nivelul arterei pericaloase drepte manifestă ancoşă concavă antero-superioară cu conturul proiectat la nivelul suturii coronare. La examenul pneumoencefalografic se constată modificări ce atestă existenţa unei neoformaţii interemisferice. Intervenţia chirurgicală cu cale de abord fronto-temporală dreaptă constată un ţesut neoformativ rău delimitat de ţesutul cerebral din jur, slab vascularizat, de culoare roşietică, pe alocuri cu caracter slăninos care se întinde pe sub coasă şi spre partea stîngă prin corpul calos. Se efectuează ablaţia parţială a tumorii care la examenul histopatologic s-a constatat că este un astrocitom cu tendinţă la malignizare. Postoperator starea bolnavului se agravează. Bolnavul intră în comă şi decedează.

Cazul 2 — Bolnavul I.E. de 43 de ani din Iaşi este transferat de la Clinica Psihiatrică cu sindrom confuzional în observaţie neoformaţie intracraniană. Din istoric rezultă că cu aproximativ două săptămîni înainte de internare instalează un sindrom confuzional la care s-a asociat tulburări de atenţie, memorie şi comportament. În timpul spitalizării se constată intermitent dezorientare temporo-spaţială cu tendinţă la glume de aspect „moriatic", afazie senzorială cu anomie şi parafazie, acalculie, dislexie şi disgrafie. La examenul neurologic se constată o discretă parapareză cu hiperreflectivitate osteo-tendinoasă şi Babinski inconstant, abolirea cutanetelor abdominale, ataxie cu aspect astazo-abazic. Electroencefalografic se evidenţiază o lateralizare emisferică larg centrată temporo-frontal drept. Pe marginea angiografică antero-posterioară furca carotidiană este mult desfăcută cu deplasare moderată şi rază mare de curbură a axului median spre stînga. Pe profil artera pericaloasă este mult derulată împinsă pe traiectul său orizontal şi vertical. La intervenţia chirurgicală cu abord fronto-temporal se constată o tumoră chistică dreaptă cu invadarea corpului calos şi extensie de partea stîngă. Se evacuează chistul cu ablaţia tumorii. Examenul histopatologic precizează existenţa unui oligodendrogliom malign.

În cazurile noastre diagnosticul clinic a fost precizat preoperator iar investigaţiile paraclinice au orientat şi mai bine spre actul chirurgical. Natura procesului expansiv ca şi caracterul infiltrativ al tumorii au impus dificultăţi în intervenţia chirurgicală urmată de sfîrşitul letal al ambelor cazuri.

Cazurile prezentate de noi arată pe de o parte dificultăţile de diagnostic în tumorile de corp calos, în afara lipoamelor deseori asociate cu agenezie de corp calos şi care au aspect caracteristic radiografic, iar pe de altă parte gravitatea acestor tumori raportată la natura şi extinderea lor în formaţiunile vecine. Acest fapt explică pe de o parte dificultăţile precizării diagnosticului numai prin fapte clinice, dar în acelaşi timp divergenţele privind sindromul de disconexiune interemisferic. Acest sindrom de transfer interemisferic (callosal disconnection) a fost studiat pentru prima oară de SPERRY, GAZZANIGA şi BOGEN (citaţi de BRION şi JEDYNAK, 1972 şi în acelaşi timp de GESCHWING şi KAPLAN (1962) care publică o observaţie anatomo-clinică. Ulterior aceleaşi fenomene au fost descrise de SCHOTT şi colab. (1969 şi BRION şi JEDYNAK (1972) care arată importanţa la ca semn revelator în orientarea diagnosticului de leziune a corpului calos. În acest sens autorii descriu ca semne cu valoare deosebită în „callosal disconnection" asocierea simetrică a unei agrafii unilaterale stîngi şi o apraxie constructivă unilaterală dreaptă pseudohemianopsiei laterale omonige stîngă, tulburări de denumire tactilă stîngă şi semnul mîinii stîngi. Aceste fenomene sînt dificil de apreciat, cercetarea lor impune un mod de examinare minuţios, ceea ce pentru un neavizat scapă la un examen obişnuit. Extinderea leziunii spre emisfere ca şi în cazurile noastse, maschează deseori simptomele caracteristice sindromului de transfer interemisferic, multe dintre simptome fiind atribuite lezării formaţiunilor vecine ceea ce determină dificultăţile de diagnostic şi adresabilitatea bolnavilor către serviciile de psihiatrie.

The authors present two cases of cerebral tumours exhibiting the symptoms of corpus callosum syndrome which, because of the prevalence of psychic symptoms, werw admitted in different psychiatric departments with the admission diagnosis of ethylic psychosis in one case and confusive state in another.

In both cases the patients showed a confusive state, memorf and attention disturbances of KORSAKOV'S type, a „moriatic“ behaviour, a severe ataxic syndrome with statokinetic trembling, disartria, loss of sphicterian control, tetraparesis in one case and aphasia in the other.

During the evolution, both patients developed a rised intracranial pressure spndrome that lead to diagnosis of cerebral tumour located in the corpus callosum. This diagnosis was confirmed by surgery.

The pathological examination shomed in one case a malignant tendency astrocitoma and in the other a malignant kistic oligodendro-glioma.

The diagnostic difficulties in the corpus callosum tumours are discussed. These difficulties arise from the fact that the malignant tumours invade also the neighbouring structures of corpus callosum, shadowing in this way the „callosal disconnection“ syndrome.
nnsleiriisrmmvi)ctéGaarm

CONTRIBUŢII LA STUDIUL SEXUALITĂŢII LA VÎRSTA A TREIA

C. Bogdan, Cornelia Lazăr, C. Pungă, Irene Talaban
— *Bucureşti*

In cadrul acestui studiu preliminar am urmărit manifestările conţinuturilor psihice, comportamentale şi non-comportamentale, cu semnificaţie sexuală, într-o secţiune transversală, la un grup de 30 de vîrstnici, (19 bărbaţi, 11 femei), internaţi în Spitalul şi Căminul Spital Berceni, între anii 1975—1980.

S-au utilizat: metoda clinică şi metoda experimental-psihologică, fapt care a permis sondarea a două nivele de manifestare a sexualităţii:

— nivelul simptomativ (comportament genital şi erotic observabil), investigat prin observaţia clinică şi prin intermediul unui chestionar alcătuit de noi.

— nivelul fantasmatic (reprezentările psihice motivaţional-figural-ideo-afective), provocat prin tehnica proiectivă Rorschach.

Caracterul dinamic al investigaţiei astfel concepute rezultă din dispunerea acestor nivele pe vectorul latent-manifest în organizarea psiho-dinamică a sexualităţii. Facem abstracţie de vectorul inconştient-conştient şi în acelaşi timp menţionăm că acesta nu se poate confunda sau echivala cu cel latent-manifest.

Rezultate. În ceea ce priveşte răspunsurile la chestionar precum şi interview-ul şi observaţiile clinice: se constată că din punct de vedere comportamental dinamica sexuală a pacienţilor în perioada matur-adultă (deci anterioară senescenţei) nu a avut modificări semnificative. În prezent această dinamică apare modificată conform specificului vîrstei în sensul că subiecţii nu mai au un comportament caracteristic sexual aproximativ din jurul vîrstei de 60—65 ani — bărbaţii şi din jurul vîrstei de 55—60 ani — femeile. Nota globală a lotului este medie, aceasta datorită scorurilor bune obţinute la prima jumătate a chestionarului (întrebări referitoare la viaţa sexuală din perioada matur-adultă). Se constată însă că în ceea ce priveşte comportamentul sexaul la nivelul dorinţei, acesta se păstrează cu intensitate medie la 18 din cazurile studiate (13 bărbaţi şi 5 femei), ceea ce este semnificativ pentru menţinerea unei motivaţii adecvate precum şi a unui prag inhibitiv relativ scăzut din punct de vedere psihic. La testul Rorschach se remarcă reacţii de şoc, cu o frecvenţă superioară frecvenţei medii, la planşele cu simbolică sexuală, ceea ce indică un activism fantasmatic sexual crescut precum şi posibilităţile vîrstnicului de cenzură şi disimulare a tendinţelor şi tensiunilor sexualităţii, pe de o parte prin evitarea şi substituirea conţinuturilor expres sexuale (cu semnificaţii ideo-afective banale sau convenţional culturalizate) iar pe de altă parte prin realizarea unor interpretări cu bogat conţinut simbolic sexual deplasat însă în zone „erogene“ mai vechi care amintesc pe cele descrise de Freud la copil (orală, anală, falică).

Se remarcă, la femei, comparativ cu bărbaţii, o capacitate de disimulare şi autocenzură mai mare corelînd pozitiv cu rezistenţa la investigaţii precum şi cu un baraj inhibitiv ad-hoc, raportat mai degrabă la o normativitate exterioară decît interioară.

Considerăm că la senescenţă sexualitatea, cel puţin în formulele studiate de noi, adică mental-structural şi comportamental, se înscrie printre aspectele relativ mobile şi relativ bine conservate; în virtutea acestor calităţi sexualitatea vîrstnicului se „mulează“ pe specificul psihodinamic al tipului de personalitate în care este încadrabilă persoana, sexualitatea fiind atît o expresie a vitalităţii restante cît şi o expresie plastică a particularităţilor structural-dinamice de bază ale personalităţii vîrstnicului. Senescenţa determină însă o simplificare a trecerii de la potenţial la actual şi în planul sexualităţii respectînd particularităţile tipologice mai sus amintite.

PSIHOPATOLOGIA DISOCIABILITĂȚII PRIN RISC CRONOGENETIC

T. Pirozynski, Maria Pop, Monica Plahteanu, V. Hrimiuc, I. Îndrieș

— *Iași*

Aspectele deviante sau disfuncționale ale comportamentului relațional în succesiunea etapei a treia de existență a personalității se înscriu în psihopatologia disociabilității prin cronogeneză. Acest fapt constituie un mod deosebit, o referință directă pentru studiul devianței comportamentale prin înaintarea în vîrstă, criteriul medical fiind cuprins în problematica gerontopsihiatriei.

In acest sens gerontopsihiatria operează constatativ și operațional prin atributele bazale ale psihiatriei, ca disciplină medicală integrativă, antropologică și socială. În proiecția acestor direcții, cîteva aspecte actuale atrag atenția asupra particularităților asistenței psihiatrice la etapa a treia a vîrstei de viață. Astfel :

Mutațiile demografice care au dus la creșterea populației de vîrstă înaintată realizează și sporirea frecvenței morbidității îndeosebi prin boli cardiovasculare și boli mentale și cu aceasta a solicitărilor de asistență ambulatorie și clinică pentru această categorie a populației.

Un aspect dominant și caracteristic pentru starea de sănătate a persoanelor din vîrstele înaintate este exprimat din punct de vedere clinic prin diagnostic multiple, ca o consecință a unor situații patologice concomitente sau asociate.

Asistența clinică, consultațiile ambulatorii și expertiza medico-socială atestă semnificația proceselor psihoinvolutive și frecvența crescută a solicitărilor de intervenție medicală, la grupele de vîrstă active sau cu potențialitate de activare în relațiile lor de existență.

Subiectivarea procesului de existență în cronogeneză, cu realitățile demografice și biologice semnalate, este puternic influențată de factorii economici, socio-culturali, instituționali, care realizează de fapt condiția morală și materială de afirmare la aceste etape de viață.

Activitatea noastră în cadrul unui serviciu clinic de gerontopsihiatrie, consultații ambulatorii și expertize medico-sociale, confirmă aspectele semnalate, aspecte care au constituit obiectivul unor cercetări deja publicate. Dar ceea ce distingem ca o constantă în toată variabilitatea evoluției bilanțului biologic al stării de sănătate, este proiecția subiectivă în comportamentul de relație sub forme și modalități care instituie disociabilizarea sau disociabilitatea prin cronogeneză a personalității. Studiul acestor aspecte ne-a permis să distingem deviante comportamentale a căror grad de dezadaptare implică necesitatea intervenției psihiatrice în etapa capacității active de integrare a vîrstei a treia, în absența unei evidente evoluții de invalidare prin procese patologice viscero-metabolice sau neuropsihice.

Deși dispunem de o cazuistică amplă și de observații în condițiile asistenței clinice, ambulatorii cît și ale expertizelor medico-sociale am evitat grupările pe categorii de vîrstă, sex, profesiune, stare civilă sau mediu de proveniență, pentru a reține doar aspectele psihopatologice care prin dominanța lor pot oferi sugestii de orientare protectivă în ceea ce privește prevenția, atitudine curativă sau prognoză medicală.

Aspectele dominante, ce se dezvoltă în absența invalidării prin suferințe viscerale sau boli psihice preexistente se înscriu în stările nevrotice sau psihoreactive ale vîrstei a treia și din variatele lor forme de exprimare clinică noi distingem, ca referință la cazuistica noastră următoarele : — Dezvoltările asteno-hipocondriace, hipertimice și interpretative.

Terenul de dezvoltare al acestor sindroame este constituit de modificările psihologice ale personalității în care acționează epuizarea unor motivații ale comportamentului, rigiditatea unor stereotipii, disfuncțiile mnezice, prosexice și ale unor abilități proxice, ca și treptata convertire proiectivă de la alteritate la egocentrism.

Dezvoltările asteno-hipocondriace se exprimă prin tendința de visceralizare a unor suferințe dominante de disconfort, epuizare rapidă la solicitări, stări disvegetative cu reacții paroxistice, situație prin care persoana în cauză solcită repetate examinări și investigații medicale la diverse specialități clinice fără a-și epuiza prin aceasta autoanaliza fobică.

Tabloul psihopatologic deseori asimilat cu categoria cuprinzătoare a psihosindroamelor nevrotice de involuție se dezvoltă și este agravat de multiple dificultăți conflictuale în conjunctura relațiilor de profesiune, de familie, sau în mod sumativ de pierderea unor concordanțe la ritmul integrativ al capacităților de afirmare la situații dinamice, sau de inerente transformări. Expresia acestei patologii de relație o constituie atitudinea de perplexitate față de nou, suspiciunea ambivalentă cu replierea conduitei în grade de singularizare, care treptat disociabilizează personalitatea în statul ei de acțiune și decizie. Consecințele acestor aspecte, fără a deține gravitatea unor impacte violente, desfășoară în mod corosiv conflictualitatea relației de familie, a relației cu generația tînără și a raportului față de obligațiile socio-profesionale, deseori cu implicații dificile și greu comprehensibile pentru validarea capacității profesionale și de muncă.

Dezvoltările hipertimice mono sau bipolare apar la frustrări recente, în directa legătură cu situațiile concrete ale existenței și cu subiectivarea gravă a unor eșecuri.

Dezvoltarea bipolară hipertimică într-o succesiune de etape la un ansamblu comportamental trenant este mai evidentă la sexul feminin. În orice caz, la fel ca în formele monopolare ale depresiei cu paroxisme anxioase, dezvoltarea hipertimică implică cu gravitate riscul autolitic ca manifestare severă a perturbării relație de comunicare și sintonie cu ambianța.

Devine caracteristică în acest sens evoluția aparent nemanifestă a simptomatologiei în comparație cu tabloul clinic cunoscut al depresiilor endogene.

Raportarea comprehensibilă a stării de tensiune afectivă la o sursă reală și care de fapt se constituie în procesualitatea eșecului, este făcută coherent de către însăși persoana în cauză și prin aceasta intensitatea și evoluția depresiei sale este mascată, sau lipsită pentru ambianța, de grava sa semnificație.

Din acest motiv conduitele autolitice se realizează ca un act neînțeles și neașteptat pentru ambianță și în această măsură nejustificat prin absența din antecedentele persoanei a unei patologii mentale medical asistate. La caracterul neprevăzut al conduitei autolitice mai contribuie desfășurarea deseori ciclotimă a episodului psihoreactiv ca și lipsa de expresivitate a unui sindrom presuicidar, ceea ce face nerealizabilă instituirea unei atitudini preventive sau psihoprotective și de asistență psihiatrică. Analiza clinică a fiecărui caz dezvăluie semnificația disociabilității prin reacția de eșec direcționată de modificarea cronogenetică a personalității și a capacității scăzute, pînă la inflexiune, la variabilele ambiante, care devin sursa directă a conflictului și a episodului critic din conduita de anulare a existenței. Dezvoltarea sindroamelor psihopatologice descrise poate avea un caracter distinct pentru comportamentul de relație al unei persoane, caracter evidențiabil prin structura și consecințele disociabilității sale, după cum manifestări psihopatologice variate pot conflua într-o succesiune de episoade care păstrează dominanța uneia din formele dezvoltării psihoreactive. Totuși precizarea tabloului clinic prin simptomatologia dominantă care structurează caracterul disociabilității în comportamentul de relație, servește la instituirea măsurilor diferențiate de asistență psihiatrică pentru fiecare caz în parte. Totodată analiza tipului de disociabilitate orientează problematica asistenței medicale către semnificația factorilor conjuncturali, a variabilelor ecologice specifice, care față de particularitățile personalității din a treia etapă a existenței se exprimă printr-un potențial patogen crescut.

Dezvoltările interpretative, alături de celelalte forme ale psihosindroamelor reactive evidențiază aceste aspecte. Astfel relația de orice natură, care întreține în mod durabil o situație conflictuală dezvoltă idei dominante, stări obsesivo-fobice sau în mod mai grav structurează o tematică prevalentă și idei delirante. Personalitatea și comportamentul în măsura în care sînt subordonate patologic dezvoltării interpretative, perturbă relația cu ambianța, uneori în formele impactelor severe cu conținut delicto-judiciar.

Orientarea ideilor dominante, obsesive și prevalente poate fi asupra stării viscerale a organismului, realizînd o simptomatologie hipocondriacă, după cum poate induce la depresie cu potențialitate suicidară sau așa cum se întîmplă de cele mai dese ori la disociabilitatea procesivă, pînă la cverulență față de relațiile mediate și concrete de existență. Acest ultim aspect apare sub forma temelor de gelozie și de posedare în familie, prejudiciu și autoritarism în relațiile de muncă, pierderea utilității și injustiție în raport cu statul social. De la tensiunea suspicioasă și pînă la comportamentul de persecutat-persecutor se realizează ca replică la situații dificile, o varietate de conflicte care în mod constant perturbă raportul de integrare al persoanei cu dezvoltare interpretativă, fără să fi existat în antecedentele sale evidente trăsături structural dizarmonice.

În observațiile noastre privind disociabilitatea prin riscul cronogenetic includem și intoxicațiile etilice cronice, cu debut și motivație în particularitățile acestei etape de viață, intoxicații care participă întotdeauna ca factor agravant al tabloului clinic și al consecințelor asupra comportamentului relațional.

În acest context se plasează și alcoolismul tardiv la femei prin motivația complexaă a cronogenezei și factorii ce întrețin conflictualitatea în relațiile de existență.

Dezangajarea din ritmul solicitărilor active și modificarea statului de afirmare a personalității la retragerea prin limita de vîrstă din activitatea productivă, dezvoltă fie pentru prima dată, fie în continuare modificări psihoreactive, cu agravarea disociabilității prin singularizare și anularea unui sistem programat de relații și angajări. Pierderea ritmului de integrare și absența variației stimulilor care l-au susținut face relevantă modificarea cronogenetică a personalității, iar trăsăturile psihopatologice capătă un caracter durabil, stereotip și rigid, cu un conținut mai sărac în ceea ce privește plasticitatea simptomelor și a evoluției lor.

Psihopatologia disociabilității prin cronogeneză evidențiază pentru asistența psihiatrică semnificația variabilelor ecologiei specifice în care mutațiile de valori din cadrul condițiilor materiale și morale de existență supuse în mod inerent transformărilor de generație, pot acționa ca factori patogeni.

În asistența gerontopsihiatrică, absența deficitelor viscero-metabolice sau neuropsihice de expresivă semnificație patologică, orientează atenția asupra semnificației patogene a unor relații ambietale ca motivație a devianței comportamentale de cronogeneză.

Abordarea acestor aspecte care perturbă persoana și relația sa de integrare în expresia formelor de disociabilitate, se realizează prin criteriile asistenței gerontopsihiatrice, criterii care definesc unitar psihiatria în toate laturle sale de perfectare, prin conceptul de a fi o disciplină medicală integrativă, antropologică și socială.

Prin acest concept, problematica asistenței medicale în etapa a treia a existenței cu implicația aspectelor sale bio-epidemiologice, demografice și psihopatologice devine în mod inerent o direcție de cercetare și acțiune asupra persoanei, a ambianței și a relațiilor dintre acestea în destinul fiecărui caz asistat.

ACŢIUNEA ÎN VITRO A UNOR BUTIROFENONE ASUPRA MUSCULATURII NETEDE UTERINE ŞI ILEALE

S. Dumitrescu, M. Nechifor
— *Iaşi*

În 1967, unul din noi, împreună cu Alexandrescu şi Popa, a arătat că dehidrobenzperidolul (D) stimulează contracţia uterului de cobai şi în mai mică măsură a celui de şobolan şi că acţiunea se potenţează cu cea a oxitocinei, la concentraţii similare cu cele care se pot atinge în organismul uman în cursul unei neuroleptanalgezii.

În lucrarea de faţă problema a fost reluată cu intenţia de a stabili dacă şi alte butirofenone manifestă aceeaşi acţiune, dacă ea poate fi observată şi pe alţi muşchi netezi şi de a sonda mecanismul de acţiune. de cobai. Animalele au fost crescute în condiţii obiş-

Material şi metodă

S-a lucrat pe uter de şobolancă negravidă şi pe ileon nuite de laborator, şobolancele au avut o greutate medie de 150 grame iar cobaii de 220 grame.

S-a utilizat un ser Tyrode cu o compoziţie modificată la temperatura de 37°C, într-o baie de organ de 10 ml. Înregistrarea s-a făcut mecanic pe kimograf. Rerpiraţia organului a fost asigurată cu oxigen. Butirofenonele cercetate sub formă de soluţie injectabilă au fost Haloperidol (Richter—Budapest) 5 mg/ml, Trifluoperidol (Triperidol (R)) 1 mg/ml, Dididrobenzperidol (D) (Droperidol (R) Richter-Budapest) 2,5 mg/ml.

Toate au fost utilizate în concentraţii cuprinse între 2,5—25 µg/ml.

Pentru sondarea mecanismului de acţiune s-au folosit următoarele substanţe cu următoarele concentraţii în baia de organ :

— Atropina sulfurică 1 µg/ml.

— Indometacinul (sare sodică) s-a utilizat la concentraţia de 5 mM, concentraţia la care inhibă complet, dar reversibil, ciclooxigenaza. Atropinizarea organului s-a realizat prin introducerea atropinei în vasul cu ser Tyrode modificat (utilizat pentru spălarea organului şi umplerea băii).

Pentru fiecare substanţă testările s-au făcut pe 5 ileoane şi şase utere.

Rezultate : Toate butirofenonele utilizate au produs atît contracţia uterului negravid de şobolancă cît şi a ileonului de cobai în concentraţii de la 2,5—25 µg/ml. Atît pe uter cît şi pe ileon doza minimă la care s-au obţinut contracţii a fost de 2,5 µg/ml dar, la această doză, contracţia uterină este mai mare comparativ faţă de cea ileală (în aceleaşi condiţii de înscriere).

La doze egale, cel mai puternic efect atît pe uter cît şi pe ileon îl are Haloperidolul (H). Acţiunile T şi D sînt de intensitate egală între ele şi cu circa 40% mai reduse decît cele ale dozelor egale de Haloperidol.

Se produce atît creşterea tonusului musculaturii uterine şi ileale, cît şi a peristaltioii.

Atropinizarea organului izolat nu influenţează efectul celor trei butirofenone.

Administrarea de histamină pe uter de şobolancă negravidă contractat prealabil cu H, T sau D (în concentraţii de 3,5 şi 10 µg/ ml) nu determină relaxare şi nu diminuă contracţia iniţială (nici tonusul nici peristaltica).

Toate dozele de morfină utilizate, administrate după H, T sau D, determină contracţie pe uterul de şobolancă.

Contracţiile provocate de cele trei butirofenone sînt inhibate de indometacin.

Discuţii şi concluzii

Acţiunea contractantă puternică a celor trei butirofenone utilizate, asupra uterului de şobolancă şi a ileonului de cobai, nu este mediată de receptori muscarinici nefiind influenţată de atropinizare. Contracţiile sînt inhibate de indometacin, ceea ce conduce la ideea că pentru realizarea lor este necesară stimularea sintezei de prostaglandine.

Vane şi Williams arată că medicamentele ce stimulează contracţia uterină cresc sinteza prostaglandinică, nivelul bazal al sintezei de prostaglandine nefiind suficient.

În sprijinul ipotezei că aceste trei butirofenone stimulează sinteza de prostaglandine vin şi rezultatele lui Gedon care arată că butirofenonele scad tensiunea arterială în crizele hipertensive.

Este cunoscut că o serie de agenţi vazodilatanţi, cum stisînt kininele plasmatice, îşi datorează acţiunea în mare măsură stimulării sintezei de PGE_1 şi E_2 (7).

Morfina, substanţă care stimulează sinteza de prostaglandine, amplifică contracţia uterină, determinată de D, T sau H.

Histamina relaxează uterul de şobolancă prin stimularea receptorilor H_2 (13, 14). Ea nu-şi exercită această acţiune pe fond de H, T sau D, ceea ce indică următoarele posibilităţi : a) butirofenonele testate să blocheze receptorii H_2 ; b) stimularea histaminică să nu poată antagoniza acţiunea contractilă a H, T sau D ; c) coexistenţa ambelor efecte menţionate anterior.

In ce priveşte posibilitatea ca butifenonele să blocheze receptorii H_3, amintim că pentru fenotiazine, substanţe cu profil farmacodinamic foarte asemănător, este cunoscut faptul că blochează receptorii H_2 din creier. Este posibil că pe lîngă stimularea receptorilor dopaminici, acţiunea H, T şi D la nivelul SNC să fie în parte datorată blocării H_2 receptorilor şi stimulării sintezei de prostaglandine, sau să fie nevoie de un nivel mai crescut al prosta-glandinelor pentru exercitarea efectelor butirofenonelor.

TULBURARI NEURO-PSIHICE ÎN INTOXICAŢIILE CU ORGANO-FOSFORATE CU EVOLUŢIE SUBACUTĂ

E. Nemţeanu, V. Hrimiuc, Mariana Graur
— Iaşi

Tabloul clinic al unei intoxicaţii cu organo-fosforate este cel mai adesea acut şi survine imediat după un contact accidental sau voluntar cu substanţa toxică. In cazuri foarte rare intoxicaţia poate să se declanşeze după un contact îndelungat, în condiţii de imperfectă protecţie la personalul din fabricile de pesticide sau la lucrătorii din agricultură (ferme, sere, personalul aviaţiei utilitare agricole, etc.). Aceste intoxicaţii păstrează cel mai adesea caracterul acut al desfăşurării, prezentînd întreaga gamă de tulburări caracteristice. In mod cu totul excepţional pot apare cazuri de intoxicaţie cu pesticide organo-fosforate la care semnele clinice survin la un interval mai mare de timp de la expunerea la substanţa toxică, iar evoluţia are o alură subacută, înşelătoare, de mai multe zile sau chiar săptămîni (M. C. Canivet 1964 ; J. H. Redhead—1968, etc.).

In decursul a patru ani (1975—1979) am avut ocazia să identificăm cinci cazuri de intoxicaţie cu organo-fosforate apărute la persoane ce au avut un contact întîmplător cu astfel de substanţe. Debutul clinic a fost remarcat la 5—14 zile de la contactul cu substanţa toxică, iar tabloul clinic ce se contura pe încetul avea un aspect de boală neuro-psihică (tabloul clinic de poliradiculonevrită de suferinţă a structurilor trunchiului cerebral şi în special a analizorului vestibular, sindrom confuzional, tulburări pitiatice, etc.). Semnele clinice caracteristice unei intoxicaţii cu blocante de colinestenaze erau minime sau mascate de celelalte simptome. Din cei cinci bolnavi, un bolnav a fost tratat în clinica neurologică, iar ceilalţi au fost internaţi în clinica de medicină internă a spitalului de urgenţe.

Observaţia nr. 1. Un băiat de 17 ani, elev, este adus spre internare (iunie 1976) pentru cefalee, ameţeli, tulburări de fonaţie şi de deglutiţie, simptome ce apăruseră cu 5—6 zile mai înainte şi se agravaseră pe încetul. Examenul neurologic a constatat o diminuare a reflexelor osteo-tendinoase, pareze de IX şi X bilateral, mici secuse nistagmice, pupile uşor miotice şi rare fasciculaţii. Examenul psihic indică o uşoară stare confuzională. Aceste simptome au îndrumat diagnosticul spre supoziţia de intoxicaţie cu organo-fosforate, supoziţie confirmată atît prin examene de laborator cît şi prin tratament. Ancheta întreprinsă a stabilit că în zilele premergătoare declanşării bolii, băiatul traversase de cîteva ori o livadă cu pomi recent stropiţi.

Observaţia nr. 22. Un bolnav de 41 ani, muncitor pavator, este adus la clinica neurologică (decembrie 1977) pentru deficit motor la membre, tulburări de deglutiţie şi de fonaţie, diplegie facială, astenie intensă, ameţeli. Boala debutase cu 10 zile înainte, prin astenie, cefalee şi moderată transpiraţie. Deoarece era un sezon al unei epidemii de gripă, a fost considerat şi tratat ca atare. Deşi în zilele următoare au apărut şi s-au accentuat tulburări de forţă la membre, bolnavul a continuat să muncească, dar din ce în ce mai dificil. Cu două zile înainte de prezentarea la spital au apărut tulburările de deglutiţie şi de fonaţie. Examenul neurologic la internare a pus în evidenţă o tetrapareză flască cu abolirea reflexelor osteo-tendinoase, pareze în domeniul nervilor VII, IX, şi X bilateral, nistagmus amplu orizonto-girator bilateral şi nistagmus veraical, limitarea excursiilor globilor oculari în toate direcţiile ; bolnavul era uşor confuz şi avea tegumentele umede şi pupilele uşor contractate. In următoarele ore, starea bolnavului s-a agravat şi a apărut edemul pulmonar. Intoxicaţia fiind imediat diagnosticată, cu tratament adecvat, bolnavul a fost salvat. După o anchetă insistentă, nu s-a putut stabili cu precizie sursa intoxicaţiei ; s-a conchis că bolnavul a luat contact cu substanţa toxică de pe piatra cubică cu care lucrase în zilele premergătoare declanşării intoxicaţiei şi care era o piatră recuperată peste care este posibil să se fi aruncat substanţă pesticidă. Această ipoteză este susţinută de faptul că muncitorul, care a lucrat alături de el, a avut cîteva zile o simptomatologie minoră (transpiraţii, greţuri, vărsături, astenie).

Observaţia nr. 3. O bolnavă de 40 ani, casnică, este îndrumată pentru internare în clinica neurologică (august 1978) pentru cefalee, ameţeli, nesiguranţă în mers şi o mare astenie net accentuată în ortostatism. Diagnostic de trimitere : tulburări pitiatice. Tulburările apăruseră de 5 zile şi se agravaseră treptat, cu excepţia unei scurte perioade după primele 24 ore de la debut cînd se observase o ameliorare pasageră de cîteva ore. Examenul neurologic a constatat mari tulburări de echilibru şi secuse nistagmice orizontale de mică amplitudine, bilateral. De asemenea, s-a sesizat prezenţa unor mici miokimii faciale ; reflexele osteo-tendinoase, sensibilitatea, nervii cranieni şi pupilele erau normale. Bolnava nu a prezentat transpiraţii, poliurie, diaree sau tulburări respiratorii. Suspectată de intoxicaţie cu organo-fosforate, i se fac investigaţiile necesare şi pusă la tratament, bolnava se vindecă, confirmînd diagnosticul. Sursa intoxicaţiei nu a fost prea bine precizată, dar este posibil să fie în legătură cu faptul că în luna anterioară, un vecin îşi stropise pomii din livadă cu o soluţie conţinînd organo-fosforate.

Observaţia nr. 4. O bolnavă de 58 ani, agricultoare, este adusă la clinica neurologică (septembrie 1978) pentru astenie, dizartrie şi uşoare dureri abdominale. Tulburările apăruseră de 2 săptămîni şi oscilaseră în intensitate, agravîndu-se în ultimele 2 zile. Examenul neurologic a consemnat un uşor deficit de forţă la membre, cu reflexe osteo-tendinoase şi sensibilitate normală ; s-a constatat de asemenea, o moderată dizartrie şi mici fasciculaţii generalizate. Tegumentele erau umede, iar respiraţia devenise dificilă. Intoxicaţia cu organo-fosforate fiind recunoscută, s-a administrat un tratament în consecinţă şi bolnava a fost salvată. Sursa intoxicaţiei nu a putut fi identificată.

Observația nr. 5. Un bolnav de 21 ani, electrician, este trimis la clinica neurologică (august 1979) pentru astenie, amețeli, instabilitate în ortostatism, respirație ușor angorjată și minime transpirații. Fenomenele debutaseră cu 7 zile mai înainte dar după 2 zile s-au ameliorat apreciabil timp de 3 zile, după care s-au reaccentuat. Examenul neurologic a pus în evidență o diminuare a motilității active la membre, cu diminuarea reflexelor osteo-tendinoase, limitarea excursiilor globilor oculari în toate direcțiile, secuse nistagmice orizontale bilateral, pupile de mărime normală dar cu reflexul fotomotor diminuat, ușoare transpirații și rare fasciculații la față și musculatura toracelui. În următoarele 6 ore, starea bolnavului s-a agravat, evidențiindu-se un edem pulmonar acut; s-a aplicat un tratament corect de combatere a intoxicației și bolnavul a fost salvat. Investigațiile privind sursa intoxicației au indicat faptul că bolnavul a consumat fructe, posibil stropite, cu cîteva zile înainte de instalarea simptomelor.

Datele clinice ale bolnavilor prezentați permit extragerea unor concluzii: — în toate cazurile, intoxicația a survenit accidental, la persoane a căror profesie nu avea tangență cu manipularea substanțelor organo-fosforate; — instalarea tulburărilor a avut o perioadă de latență variabilă ca durată, iar evoluția a avut un mers subacut; — tablourile clinice realizate au indicat un aspect predominant de boală neuro-psihică, sugerînd diferite forme de poliradiculonevrită, encefalită de trunchi, pitiatism, etc.; — semnele caracteristice de intoxicație cu organo-fosforate erau minime, mascate printre fenomenele nete neuro-psihice Totuși, în toate cazurile, au fost prezente ușoare transpirații și moderate fasciculații, semne ce par a fi indicii mai constante și mai fidele; — în toate cazurile, a survenit o agravare a bolii, uneori brutală, care ar putea fi dată de un efect de cumulare al substanței toxice sau de epuizarea posibilităților de compensare ale organismului.

În ceea ce privește evoluția mai îndelungată a intoxicației, deși ea apare ca excepțională, este posibil ca ea să fie regăsită la un număr mai mare de intoxicații accidentale cu doze mici, dar stadiul grav în care se găsește bolnavul în orele internării îl face pe medic să nu insiste asupra datelor anamnestice ale cazului.

CONTRIBUȚII LA STUDIUL CLINIC AL EPILEPSIEI POSTTRAUMATICE

M. Șelaru, V. Hrimiuc
— Iași

Epilepsia posttraumatică reprezintă, în fond, ca și alte forme de epilepsie de natură predominant exogenă, un sindrom epileptiform dezvoltat pe fondul unei encefalopatii de natură traumatică.

P. Marie consideră că traumatismele, alături de infecții reprezintă din punct de vedere etiologic cele mai frecvente cauze ale epilepsiei simptomatice, iar J. A. Chavany împărtășește opinia că traumatismul cranio-cerebral este una dintre cele mai epileptogene noxe și cu atît mai mult cu cît subiectul este mai tînăr, cu toate că se impune să subliniem că nu orice traumatism cranio-cerebral va determina în mod obligatoriu apariția unei epilepsii. Raportîndu-ne la proporția sindroamelor epileptiforme de natură posttraumatică, vom constata că datele de literatură sînt de o diversitate impresionantă.

L. Marchand, pe un total de 3.989 cazuri de epilepsie reunite din diverse statistici găsește un număr de 294 cazuri de epilepsie traumatică, ceea ce reprezintă 9,8%. S-ar părea, deci, că o zecime din cazurile de epilepsie ar fi de natură posttraumatică. L. Marchand citează o serie de autori care s-au ocupat de studiul epilepsiei posttraumatice: astfel, Echevaria, în cursul războiului de secesiune a găsit 12,7% epilepsii la traumatizații cranio-cerebrali; Bergman dă un procent de 4,3% pentru războiul franco-german din 1870; Eguchi, 3% din totalul traumatizaților cranio-cerebrali din timpul războiului ruso-japonez.

Pentru primul război mondial au fost găsite următoarele cifre medii ale incidenței epilepsiei posttraumatice: Chatelin și Martel 8%, Guillain 10.14%, Béhagne 12%, Tillman 15—20% și F. Notter 15%.

L. Marchand observă însă că frecvența epilepsiei traumatice în raport cu numărul traumatismelor cranio-cerebrale este posibil să fie mai mare, dacă se are în vedere faptul că în statisticile de mai sus nu au fost cuprinse traumatismele cranio-cerebrale care au survenit la tineri, ca și traumatismele cranio-cerebrale ale populației adulte care n-a participat la acțiunile militare:

Astfel, H. Parker găsește că numai 4,5% din totalul traumatizaților cranio-cerebrali prezintă epilepsie.

I. V. Konovalov, pe baza observațiilor sale apreciază că epilepsia posttraumatică reprezintă 5% în timp de pace și 10% în timp de război.

E. S. Borișpalski găsește epilepsia în 17,5% din totalul traumatismelor cranio-cerebrale.

Röpper, pe perioada 1914—1918 găsește o incidență de 12%, ceea ce înseamnă o cifră însemnată, dacă luăm în considerare timpul scurt dintre aplicarea traumatismului și apariția sindromului paroxistic epileptic.

C. Pilcher și H. Parker descoperă epilepsia în 31%, iar C. C. Pfeifer și colab, o găsesc în 12—40% din totalul cazurilor.

I. A. Berger dă un procent de 12% din cazuri, R. S. Ghismatulina pe 30,2%, Smith, Robinson și Lennox pe un număr de 1648 bolnavi găsesc traumatismele cranio-cerebrale natale și postnatale la 50,8% din total, în timp ce W. R. Russel și C. W. M. Whytty, pe un număr de 820 bolnavi găsesc o proporţie de 43% epilepsie posttraumatică (cf. Ugriamov).

P. B. Ascroft. pe un număr de 317 bolnavi găseşte epilepsia posttraumatică în 44% din cazuri, în timp ce D. Denny Brown indică o proporţie de 8,6% dintr-un total de 630 bolnavi urmăriţi clinic.

I. H. Evans, comparînd incidenţa epilepsiei posttraumatice după primul război mondial în raport cu al doilea război mondial şi războiul din Coreea, găseşte valori apropiate, respectiv 41,4 şi 46%.

N. K. Bogolepov, R. A. Aristova, G. S. Burd şi T. A. Lujeţkaia, pe un număr de 758 bolnavi de epilepsie găsesc în 21% din cazuri ca factor etiologic traumatismul cranio-cerebral, în timp ce L. N. Balaşova, T. A. Trekina, G. O. Kanovskaia, pe un număr de 624 bolnavi de epilepsie indică un procent de 19,7% de epilepsie posttraumatică, iar P. Goffaux găseşte EEG în proporţie de 9%.

După R. Hess, frecvenţa epilepsiei după traumatismele cranio-cerebrale oscilează între 5—50%, apreciind că în timpul primului război mondial paroxismele epileptice posttraumatice reprezentau 11,73%, iar în spitalele special profilate pe patologia traumatică epilepsia reprezenta 44%.

Janzen comunica că 25% din bolnavii cu traumatisme cranio-cerebrale prezintă crize epileptice în timp ce după A. E. Walker epilepsia apare după traumatismele cranio-cerebrale în proporţie de 2,5—3,5%.

În ce priveşte *evoluţia* vom reţine că în mod clasic epilepsia posttraumatică se clasifică în două mari categorii : ***epilepsia precoce*** care survine din primele ore pînă la 3—4 luni după traumatism şi ***epilepsia tardivă***, care survine după 3—4 luni de la accidentul traumatic.

S-ar cuveni, poate, să distingem în cadrul epilepsiei precoce aşa numita epilepsie precocisimă pe care, fără a o delimita în timp sub raport cantitativ (ore, zile etc.), vom eticheta sub această formă orice accident paroxistic care survine în perioada acută (comatoasă sau nu) a traumatismului cranio-cerebral (închis sau deschis).

În ce priveşte incidenţa epilepsiei precoce, menţionăm că W. B. Jennet şi W. Lewin constată că pe un număr de 1 000 traumatizaţi cranio-cerebrali, paroxismele convulsive au apărut în prima săptămînă la un număr de 3,9%din bolnavi, în timp ce J. H. Evans pe un număr de 382 bolnavi constată un procent de 9,9%.

Într-un alt studiu al lui J. H. Evans efectuat pe un număr de 422 cazuri, urmărite pe o perioadă de 1—11 ani, autorul constată că dintre aceştia au avut crize după mai mult de o lună de la traumatism un număr de 83 bolnavi.

Unii autori printre care R. Hess nu consideră epilepsia precoce ca aparţinînd epilepsiei posttraumatice.

În ce priveşte epilepsia tardivă posttraumatică, A. E. Walker semnalează apariţia acesteia după un interval de latenţă de 8 ani.

Gh. Roth şi L. Szabo, studiind un număr de 74 cazuri, au putut stabili într-un număr de 7 cazuri o perioadă de latenţă de 8—31 ani între data traumatismului cranio-cerebral şi apariţia primelor crize epileptice.

Alţi autori semnalează perioade diferite de latenţă : S. N. Volkov şi I. M. Rossels între 19—23 ani, L. Muskens după 20 ani, iar H. Jasper şi W. Penfield după o perioadă de 27 ani de la traumatismul cranio-cerebral.

J. H. Evans, pe un număr de 422 bolnavi constată, aşa cum se arată mai sus, că la 88 bolnavi crizele au apărut după mai mult de o lună de la traumatism. După cauza lor, traumatismele sînt clasificate de Evans în traumatisme " prin proiectil — 421 cazuri cu 70 (32%) epileptici ; traumatisme fără proiectil — 149 cazuri cu 12 (8%) epileptici ; prin suflu — un singur caz dintr-un total de 52 bolnavi. Autorul constată, de asemenea, că în rănile penetrante incidenţa epilepsiei este de 42%, după fracturile prin înfundare 22%, după celelalte traumatisme fără proiectil 6%.

Kraenhühl arată că în 25% din cazuri epilepsia a apărut la trei luni după traumatismul cranian şi în 58% după un an de la accidentul traumatic ; în restul cazurilor, paroxismul epileptic apărînd într-un interval de 20 ani. După observaţia autorului, la 20% dintre bolnavi nu au apărut simptome de tranziţie, intermediare (Brükensymptome) între traumatism şi prima criză ; la restul bolnavilor remarcîndu-se simptome manifeste de suferinţă cerebrală obiectivă sau subiectivă.

G. Voss, studiind în dinamică un număr de 100 bolnavi care suferiseră traumatisme cranio-cerebrale diverse, constată că numărul celor cu epilepsie posttraumatică era de 31 în 1917 şi de 61 în 1921.

Reproducem după V. M. Ugriumov şi colab, tabelul următor din care se desprinde intervalul de apariţie a crizelor convulsive după traumatismul cranio-cerebral :

Tabel nr. 1

Numele autorului	Anul publicării	Numărul bolnavilor	Intervalul de apariţie a crizelor după traumatism
Levit Z.I.	1937	99	— în acelaşi timp cu traumatismul (15,1%) ; — pînă la 1 an (33,3%) ; — 1—5 ani (26,3%) ; — 6—10 ani (13,2%) ; — peste 10 ani (12,1%) ;
Mindadze A.A.	1949	51	— pînă la un an (35 bolnavi) ; — peste un an (16 bolnavi) ;
Stess G.I.	1952	108	— primii trei ani (90,8%) ; — după trei ani (9,2%) ;

Markov D.A. şi Ghelman T.M.	1954	162	— pînă la 6 luni (40,2%) ; — pînă la 12 luni (24,5%) ; — pînă la 2 ani (13,7%) ; — pînă la 5 ani (8,9%) ; — peste 5 ani (12,7%) ;
Labova L.P.	1957	137	— de la 1 la 5 ani ;
Ugriumov V.M. şi colab.	1964	1 004	— de la 6 luni la 2 ani (46,4%) ; — 2—5 ani (15,9%) ; — 5—10 ani (19,8%) ; — peste 10 ani (17,8%).

Gh. Roth şi L. Szabo, pe un număr de 74 bolnavi constată că intervalul de latenţă în apariţia epilepsiei a fost de la 0—3 luni în 26 cazuri, 4—6 luni 17 cazuri, 7—12 luni 17 cazuri, 1—4 ani 6 cazuri, 4—8 ani 1 caz şi peste 8 ani 7 cazuri.

C. W. Watson constată apariţia epilepsiei la 2 ani traumatism la 36,2% din cazuri, iar după 3 ani la 41,6% din totalul bolnavilor cercetaţi.

Se apreciază că în apariţia epilepsiei posttraumatice un rol important revine predispoziţiei familiale.

Brun consideră că factorul ereditar în epilepsia posttraumatică ocupă un loc de 30% ca predispoziţie, aceeaşi opinie fiind împărtăşită şi de către Krischek ca şi de către K. Pohlisch. Krischek consideră că în aproape 30% din totalul cazurilor cu epilepsie traumatică se constată la explorarea membrilor de familie elemente de tip comiţial. Pentru prezenţa acestei predispoziţii, noi ne-am permis că considerăm epilepsia care survine după un accident traumatic ca o epilepsie predominant exogenă. Factorului traumatic în determinismul apariţiei epilepsiei trebuie să-i adăugăm o serie de factori favorizanţi, cum ar fi de exemplu consumul de alcool, infecţiile traumatismele ideo-afective, surmenajul fizic şi psihic etc.

Sediul leziunii pare că are o importanţă particulară în apariţia epilepsiei posttraumatice. S-a stabilit că în traumatismele cranio-cerebrale oricare ar fi sediul leziunii, apariţia unei epilepsii este oricînd posibilă, dar se pare totuşi că regiunea cu cel mai ridicat indice de potenţialitate epileptogenă este regiunea parientală, după opinia lui L. Marchand, în timp ce după A. Kreindler epilepsia apare în 35—40% după un traumatism aplicat în regiunea temporală şi de 10% pentru regiunea frontală. J. Guillaume şi colab., precum şi alţi autori arată că în 40—50% din cazurile de bolnavi care prezintă epilepsie sipmtomatică au o localizare a factorului epileptogen la nivelul regiunii temporale.

În ce priveşte forma crizelor, menţionăm că Rürken observă că în prima jumătate de an apar în 43% din cazuri paroxisme jacksoniene, 27% crize generalizate şi 24% crize mixte, pentru ca ulterior majoritatea crizelor să aibă caracter generalizat. După Peters perioada cea mai favorabilă de apariţie a crizelor epileptice jacksoniene este constituită de primele 7 luni, iar pentru cele generalizate de 3,2 ani. În foarte rare cazuri apare după un traumatism cranian epilepsia de tip petit mal.

După Bumke, senzaţiile de ameţeală sînt cu mult mai frecvente în epilepsia posttraumatică decît în epilepsia genuină.

Studiind incidenţa şi semnificaţia traumatismelor cranio-cerebrale la un număr de 600 bolnavi internaţi în Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" Iaşi, în perioada 1960—1970, am constatat că frecvenţa maximă a accidentelor traumatice se situează în grupa de vîrstă 31—40 ani. Repartiţia bolnavilor pe grupe de vîrstă se prezintă după cum urmează : pînă la 20 ani, 65 bolnavi ; 21—30 ani, 148 cazuri ; 31—40 ani, 183 cazuri ; 41—45 ani, 128 cazuri ; 51—60 ani, 67 cazuri şi 61—70 ani, 9 cazuri. După profesie, bolnavii studiaţi de noi erau muncitori în 54,5% din cazuri, ţărani cooperatori 37,4%, restul fiind constituiţi din alte profesii.

După vechimea traumatismului cranio-cerebral, noi am constatat că tulburările psihice au apărut cu o latenţă de 1—30 ani la majoritatea bolnavilor, iar peste 30 ani la 195 cazuri.

Tabel nr. 1

Grupa de vîrstă	Intervalul de latenţă în apariţia tulburărilor psihice											Total bolnavi
	1 an	2—3 ani	4—5 ani	6—7 ani	8—9 ani	10 ani	11—15 ani	16—20 ani	21—25 ani	26—30 ani	30+ ani	
0—20	2	2	1	—	1	3	5	19	1	—	—	34
21—25	4	2	1	1	1	5	2	23	16	—	—	55
26—30	6	1	6	1	—	2	3	6	13	22	—	60
31—35	5	—	4	2	—	1	5	5	12	21	30	85
36—40	8	3	2	2	1	2	3	6	12	14	50	105
41—45	7	2	3	1	2	1	1	7	1	6	52	83
46—50	6	—	1	2	—	1	2	6	9	6	25	58
51—55	5	1	2	1	—	2	1	10	11	5	14	52
56—60	2	—	3	1	—	1	—	5	9	7	14	40
61—65	2	—	1	1	—	—	—	1	6	4	4	19
66—70	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	6	8
70+	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Total :	48	11	24	10	5	18	22	89	90	85	195	600

Din totalul celor 600 cazuri a fost acordată asistență neuro-chirurgicală la un număr de 131 cazuri și s-a intervenit operatoriu într-un număr de 58 cazuri:

Tabel nr. 2

Felul asist. neuro-chir.	Grupa de vîrstă (ani)												Total
	0—20	21—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46—50	51—55	56—60	61—66	66—70	70+	
asistență	8	11	14	20	26	15	13	9	2	2	—	1	121
intervenție	1	8	3	11	10	14	7	3	1	—	—	—	58
Total :	9	19	17	31	36	29	20	12	3	2	—	1	189

Au fost transferați în Clinica de psihiatrie pentru sindroame psihiatrice acute un număr de 36 bolnavi, dintre care 21 cazuri cu sindroame confuzionale, care au evoluat favorabil. La bolnavii cu sindroame confuzionale posttraumatice după stingerea fenomenelor de perplexitate și dezorientare temporo-spațială s-a instalat sindromul de cerebrastenie posttraumatică care a apărut într-o perioadă de timp ce a variat de la cîteva săptămîni la cîteva luni.

Într-un număr de 6 cazuri sindromul confuzional a fost înlocuit cu un sindrom Korsakov posttraumatic și îndeosebi la bolnavii cu leziuni în regiunea frontală. În 4 cazuri evoluția sindromului Korsakov a fost favorabilă, în 2 cazuri fenomenele psihice nu s-au ameliorat. În evoluție, un caz s-a dovedit a fi un sindrom demențial cu siptomatologie manifestă amnesto-afazo-aproxică, iar într-un alt caz s-a instalat o demență manifestă posttraumatică cu involuția progresivă și ireversibilă a funcțiilor ideo-afective și îndeosebi mnezice.

Tot ca fenomene clinice ale perioadei acute au fost remarcate agitații maniacale de tip confuziv în 7 cazuri și depresii confuzionale în 5 cazuri. Crizele convulsive contemporane cu traumatismul au apărut la un număr de 27 bolnavi.

Studiind anamestic observațiile noastre, am putut stabili pe un număr de 417 cazuri localizarea cea mai frecventă a traumatismului cranio-cerebral în regiunea frontală (128), parientală (77), temporală (87), occipitală (72) și facială 51 cazuri.

Fenomenologia clinică determinată de traumatismul cranio-cerebral a fost determinată de comoție, contuzie și leziunile osoase, așa cum rezultă din tabelul de mai jos :

Tabel nr. 3

Fenomenologia traumatică	Grupa de vîrstă (ani)												Total
	0—20	21—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46—50	51—55	56—60	61—65	66—70	70+	
Comoție	15	30	28	47	47	41	41	17	9	1	1	1	278
Contuzie	4	5	16	18	14	13	13	14	13	1	—	—	111
Comă	1	3	4	19	14	9	—	—	2	—	1	—	54
Hematom C.I.	2	—	1	3	1	4	3	5	—	—	—	—	19
Fractură de bază	2	1	5	1	6	3	2	2	1	—	—	—	23
Fractură boltă	—	1	2	3	5	1	3	—	2	—	—	—	17
Alte leziuni osoase	5	7	9	16	15	13	12	9	5	3	2	—	96
Total :	29	47	65	107	102	84	74	48	32	5	4	1	598

După natura lor, traumatismele cranio-cerebrale au fost determinate de următoarele circumstanțe :

Tabel nr. 4

Felul accidentului	Grupa de vîrstă (ani)												Total
	0—20	21—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46—50	51—55	56—60	61—65	66—70	70+	
de muncă		1	3	12	28	6	7	4	2	2	—	—	90
de război	—	—	—	—	15	18	18	12	5	5	2	1	76
de circulație	12	18	21	25	26	27	23	18	15	8	2	1	196
prin agresiune	5	9	6	28	15	11	12	6	4	—	—	—	96
altele	10	15	12	22	15	9	6	—	1	1	—	—	91
Total :	28	45	51	103	96	71	66	40	27	16	4	2	549

Psihosindroamele encefalo-traumatice tardive sînt dominate de frecvența maximă a sindroamelor paroxistice de pierdere a cunoștinței. Din 210 cazuri de psihosindroame paroxistice de tulburare a cunoștinței de natură posttraumatică, într-un număr de 37 cazuri au fost epilepsii jacksoniene iar în 163 cazuri epilepsii generalizate de tip grand mal.

Repartiția pe grupe de vîrstă a bolnavilor cu epilepsie posttraumatică se prezintă după cum urmează :

Tabel nr. 5

Grupa de vîrstă (ani)												
0—20	21—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46—50	51—55	56—60	61—65	66—70	70+	Total
12	15	19	22	44	35	33	18	10	—	2	—	210

Din datele noastre rezultă că în cadrul psihosindroamelor posttraumatice, epilepsia reprezintă o proporție de 35%. date care se acordă cu cele de literatură pe care le-am prezentat mai sus. Fără a detalia concepția despre „predispoziția convulsivantă" în legătură cu mecanismele fiziopatologice ale crizei epileptice, datele noastre precizează rolul impactului cerebral în apariția epilepsiei simptomatice.

Simptomatologia psihică, cel mai frecvent întîlnită a fost dominată de cefalee (325 cazuri) cu localizările cele mai frecvente corespunzînd impactului sau zonei de contralovitură (occipitală și frontală) mai rar difuză, încadrată de autorii francezi în sindromul subiectiv comun al traumatismelor cranio-cerebrale. Pe locul al doilea, după datele obținute de noi, se află tulburările de somn manifestate prin disgripnii, vise terifiante, astenie, vertije, eretism emoțional, labilitate vegetativă.

Simptomatologia lezională de focar s-a obiectivat prin pareze sau plegii în 62 cazuri, afazie în 10 cazuri, cecitate corticală în 8 cazuri și hipoacuzie în 35 cazuri, coincizînd în coroborarea datelor cu localizarea topografică a traumatismului.

Examenele paraclinice EEG și PEG aduc date importante asupra stării morfo-funcționale cerebrale. Cele 150 PEG evidențiază un număr de 47 dilatări ventriculare globale și simetrice, 46 dilatări ventriculare globale dar asimetrice, 72 atrofii corticale din care frecvența maximă este dată de cele frontale (28 cazuri), parietale (15 cazuri) temporo-parietale (15 cazuri), occipitale (2 cazuri) și atrofie difuză constantă în 18 cazuri.

Pe fondul acestor modificări comune traumatismelor cranio-cerebrale care traduc suferința encefalică, au apărut o serie de tulburări psihice, favorizate de vechimea, intensitatea și localizarea traumatismului ca și de structura individuală predispozantă a personalității.

În afara sindromului epileptic menționat mai sus cu o frecvență crescută, a apărut cerebrastenia posttraumatică cu simptomatologie polimorfă în care predomină cefaleea, acuzele nevrotiforme ca astenia cu preocupare neliniștită egofobă asupra stării de sănătate și tulburările de somn, dar cu păstrarea integră a sentimentelor moral-sociale și a discernămîntului critic. Cerebrastenia posttraumatică a reprezentat 132 cazuri.

Sindroamele psihopatiforme (135 cazuri), dintre care 88 cu decompensări alcoolofilice, manifestate prin dizarmonia personalității cu incapacitate de frînare a pornirilor instinctiv-emoționale, scăderea pînă la dispariția sentimentelor moral-sociale, egofilie, malignitate și psihoplasticitate morbidă, stau la baza implicațiilor frecvente medico-legale exprimate pînă la furt (35 cazuri), viol (4 cazuri), huliganism (73 cazuri), crimă (2 cazuri).

În alte 80 de cazuri, pe fondul encefalopatiei posttraumatice au apărut episoade psihotice predominant hipertimice, în majoritatea lor cu manifestări de tip confuzional (68 cazuri).

Nu este lipsit de interes să menționăm faptul că pe fondul modificărilor premorbide ale personalității determinate de suferința posttraumatică s-a dezvoltat tabloul clinic al alcoolismului cronic în 73 cazuri, în 6 cazuri simptomatologia alcoolică avea aspectul de dipsomnie, iar într-un număr de 11 cazuri au fost notate episoade de tipul beției patologice.

Am constatat la lotul studiat de noi tulburări psihice tardive manifestate prin halucinoze (47 cazuri), iluzii (8 cazuri), halucinații (36 cazuri), hipoprosexie (207 cazuri), hiperprosexie (39cazuri), tulburări ale memoriei de evocare (174 cazuri), tulburări ale memoriei de fixare (195 cazuri), amnezia lacunară a accidentului traumatic a fost afirmată de un număr de 331 bolnavi.

În cea ce privește gîndirea, noi am constatat o serie de tulburări manifestate prin încetinirea ritmului gîndirii (275 cazuri), fuga de idei (16 cazuri), idei delirante (50 cazuri), iar ideile obsesivo-fobice sau cu caracter obsesivo-fobic au fost notate într-un număr de 225 cazuri. Caracterul mitomanic exprimat prin tulburări ale proceselor imaginative au fost notate în 22 cazuri.

Tulburările de limbaj au avut caracter bradilalic în 86 cazuri și de balbism în 6 cazuri, iar fenomenele dizartrice au fost întîlnite într-un număr de 26 cazuri. In două cazuri crizele convulsive aveau caracter afazic.

Caracterul de explozivitate, comportamentală, de iritabilitate explozivă caracteristic traumatismelor cranio-cerebrale le-am întîlnit într-un număr de 113 cazuri manifestate prin incapacitatea de frînare a pornirilor instinctiv-emoționale.

Tulburările conștiinței s-au manifestat, așa cum subliniam mai sus, prin fenomene confuzionale (68 cazuri)și crize de suspendarea conștiinței în 210 cazuri. În ce privește forma clinică a crizelor convulsive, noi am constatat că în 46% din cazuri crizele au survenit în primii 3 ani de la accidentul traumatic, restul cu o latență de pînă la 40 ani de la accidentul traumatic. În raport de tipul de criză, 173 au fost crize de tip grand mal, 37 crize jacksoniene. Amintim frecvența crescută a automatismelor ambulatorii pe care le putem considera drept crize de tip psihomotor înregistrate într-un număr de 113 cazuri, fapt care se corelează cu sediul topografic predominant frontal și temporal.

Fenomenele promotorii crizelor psihomotorii se manifestau sub formă de stare de neliniște (36 cazuri) ca și sub formă de anxietate îndeosebi sentiment de frică atematică (38 cazuri).

Notăm, de asemenea, că în encefalopatia posttraumatică noi am constatat labilitatea afectivă manifestată prin labilitate a emoțiilor (224 cazuri), instabilitate emotivă (117 cazuri), irascibilitate (194 cazuri), iritabilitate (175 cazuri), stări de furie (73 cazuri), stări de ură omucidă (4 cazuri).

Dezinhibarea instinctuală a fost constatată la un număr de 83 bolnavi, instinctele, îndeosebi sexuale erau scăzute sau inhibate la un număr de 88 bolnavi și pervertite într-un număr de 4 cazuri.

Dacă avem în vedere legătura strînsă și reflectarea vegetativă a proceselor afective de mai sus, vom înțelege că traumatismul cranio-cerebral a afectat creierul în întregimea sa, atît formațiile corticale ca și cele subcorticale, fapt atestat nu numai de simptomatologia instinctiv-emoțională, dar și de modificările pneumoencefalografice expuse mai sus.

Datele noastre concordă cu cele din literatură. Astfel, Ep. Tomorug constată că din 263 bolnavi cu traumatisme cranio-cerebrale internați în Spitalul „Gh. Marinescu“ București, 68% au prezentat fapte antisociale periculoase.

Studii electroencefalografice în traumatismele cranio-cerebrale au evidențiat modificările de tip comițial. A. Robin insistă asupra necesității de a se urmări în dinamică modificările electroencefalografice în traumatismele cranio-cerebrale.

R. Jung găsește alterările electroencefalografice la 90% din traumatizații cranio-cerebrali, dintre care modificări cu caracter focal 40%, potențiale paroxistice 10% și cu caracter general în 30% din cazuri. Giannelli și Borgna, cercetînd un număr de 244 bolnavi cu traumatisme cranio-cerebrale deschise, la 3 luni după episodul acut constată că la bolnavii cu sindroame subiective comune posttraumatic modificările EEG sînt prezente în 53% din cazuri, la bolnavii cu leziuni neurologice în 65% din cazuri, iar la bolnavii cu epilepsie la 91,3%, dintre care 70% aveau paroxisme epileptiforme, iar 30% crize convulsive focale.

O. M. Grindel arată că modificările EEG după traumatismul cranio-cerebral pot să apară într-o proporție de 30—50%, în funcție de intensitatea traumatismului și de starea morfo-funcțională a sistemului nervos central. Urmărind în dinamică un număr de 300 bolnavi cu traumatisme cranio-cerebrale, autorul constată că normalizarea EEG poate să apară în 10—80% din cazuri și să se exprime prin creșterea regularității și amplitudinii ritmului alfa și scăderea activității difuze a ritmului delta îndeosebi.

N. Schuster și D. Argintaru, studiind un număr de 108 bolnavi care au suferit traumatisme cranio-cerebrale, găsesc într-o proporție de 74% din cazuri alterări ale traseelor EEG. Modificările cele mai frecvente întîlnite erau de tipul neregularităților ritmului alfa (19,42%) și excesul ritmurilor rapide și lente. Alterații ale alectrogenezei au fost întîlnite în 23% din cazuri sub forma unor trasee conținînd o activitate delta, o activitate paroxistică sau focare de tip lezional. Traseele de tip paroxistic au fost întîlnite în 14,81% iar cele de tip lezional în 3,70% din cazuri.

Înregistrările EEG la un număr de 236 bolnavi din lotul nostru arată trasee de tip comițial 36,7%, trasee cu alterarea ritmului alfa 25,8%, iar trasee plate rapide în 9,3% ; traseele cu ritm teta și delta au constituit o proporție de 22,6%.

Pe baza datelor personale coroborate cu cele de literatură, considerăm ca absolut necesară urmărirea electroencefalografică în dinamică a bolnavilor cu traumatisme cranio-cerebrale.

SINDROMUL NEURO-PSIHIC CONSECUTIV ELECTROCUTĂRII PRIN FULGURAȚIE

B. Pollingher
— *Iași*

Electrotraumatismul produs de trăsnet se deosebește apreciabil de cel produs de curentul industrial prin faptul că este vorba de o descărcare electrostatică cu o durată extrem de scurtă — cîteva microsecunde — care se desfășoară sub o diferență de potențial considerabilă și cu o intensitate a curentului care poate atinge cîteva sute de mii de amperi. Pe lîngă aceste efecte electrodinamice trăsnetul determină și alte efecte adiționale, în special electrotermice — temperatura aerului poate ajunge la 10 000° — și electromecanice, consecutive creșterii presiunii atmosferice, care poate ajunge pînă la 60 de atmosfere). Acestea din urmă explică de ce unele dintre victime prezintă vestmintele rupte.

Imposibilitatea reproducerii experimentale, cu parametri electrici de mărime comparabilă, a traumatismului prin trăsnet, precum și faptul că fulgurația se produce, în marea majoritate a cazurilor, în condiții cu totul particulare, departe de o asistență medicală de urgență, explică persistența a numeroase incertitudini privind mecanismele patogenice şi simptomatologia neurologică imediat următoare loviturii prin trăsnet.

În S.U.A. circa 150 de persoane sînt omorîte în fiecare an de trăsnet (Goldstein, 1967), iar în R.F.G. o statistică efectuată între anii 1949 şi 1954 prezintă un număr mediu de 73 de morţi pe an (Hameister, 1956). Avînd în vedere că mortalitatea este apreciată a fi între 30% (Irányi şi colab., 1964) şi 40% (Preuss, 1937), se poate presupune că, în întreaga lume, unui număr aproximativ de 4 000—5 000 de persoane ucise în fiecare an îi corespund circa 12 000—15 000 de răniţi.

La persoanele care supravieţuiesc prognosticul este de obicei favorabil, tulburările regresînd în cursul a cîtorva ore sau zile. Există, însă, şi cazuri cînd manifestările patologice au un caracter mai persistent. Tulburările neurologice, de ordin cerebral, medular, dar în special periferic, constituie principala componentă a tabloului clinic. În ceea ce priveşte manifestările psihopatologice, exceptînd pierderea de cunoştinţă iniţială, care este prezentă la majoritatea traumatizaţilor, ele se întîlnesc numai la o parte din bolnavi, prezentînd însă, uneori, o deosebită intensitate.

Studiul nostru a fost efectuat pe un număr de 12 bolnavi (7 femei şi 5 bărbaţi) internaţi în clinica neurologică din Iaşi în cursul a 33 ani (1947—1979). Toţi bolnavii, exceptînd un singur caz, proveneau din mediul rural, avînd vîrsta între 21 şi 63 de ani. Accidentul s-a produs în luna mai în două cazuri, în luna iunie în 7 cazuri, în lunile iulie, august şi septembrie în cîte un caz. În momentul traumatismului 2 din victime se aflau în casă, 4 în curtea casei, 4 pe cîmp şi 2 pe un drum de ţară. Trebuie să menţionăm că 4 dintre persoanele accidentate nu erau singure în momentul căderii trăsnetului, avînd în imediata lor apropiere un număr total de încă 10 persoane; dintre acestea 3 au fost omorîte, una a prezentat o pierdere de cunoştinţă de jumătate de oră, alta a fost rănită uşor, iar 5 au scăpat fără nici un fel de manifestări. Intervalul între accident şi internarea în clinică a fost mai mic de 10 zile în 5 cazuri, între 11 şi 20 de zile în 3 cazuri; de respectiv o lună, 3 luni şi un an în cîte un caz.

Simptome iniţiale. Pierderea de cunoştinţă a fost notată la 10 din cele 12 victime, avînd o durată de cîteva minute la 2 din ele, de cîteva ore la 4, de o zi la una şi de cîteva zile la 3. În ceea ce priveşte cele 2 persoane care nu au prezentat pierdere de cunoştinţă, una dintre ele, încălţată cu cizme de cauciuc, a fost lovită în regiunea parieto-occipitală dreaptă, cealaltă în regiunea dorso-lombară.

Semne de trăsnet (figuri de trăsnet), cu localizări şi intensităţi foarte variate, au putut fi constatate în 10 cazuri.

După revenirea cunoştinţei numai 3 dintre persoanele rănite prezentau un deficit senzitivo-motor global al celor patru membre şi al corpului, în sensul unei „kerauno-paralysis" descrisă de Charcot în 1889, care însă nu s-a menţinut sub această formă decît puţină vreme. În celelalte cazuri a existat un deficit parţial, interesînd unul sau două din membre sau numai funcţia de deglutiţie şi fonaţie. În 9 din cazuri s-au notat dureri, în general intense, cu diverse localizări, iar în unul din cazuri mişcări involuntare ample, de tip coreic, la nivelul membrelor superioare.

Perioada de stare. În decurs de cîteva zile sau săptămîni tulburările iniţiale au manifestat o tendinţă netă spre regresiune. Deficitul motor a dispărut în două cazuri cu totul, în celelalte a rămas cantonat, într-o formă atenuată, la unul sau două membre. Simptomatologia constatată în această fază trebuie privită şi prin prizma intervalului trecut din momentul accidentului pînă la internarea în clinică. Este evident că, pentru cazurile internate la o lună sau mai mult după fulguraţie, se poate vorbi de adevărate sechele.

Dacă în perioada iniţială triada — pierdere de cunoştinţă, figuri de trăsnet, tulburări neurologice în care domină deficitul senzitivo-motor, de obicei de mare extensiune şi intensitate — are un aspect mai mult sau mai puţin stereotip, ulterior, în perioada de stare sau şi mai tîrziu, în faza de sechele, tabloul clinic prezintă un accentuat polimorfism. atît prin marea diversitate a tulburărilor şi prin cele mai neaşteptate asocieri de simptome, cît şi prin numărul mare de segmente ale sistemului nervos care pot fi afectate.

Dintre tulburările motorii pe primul plan se află leziunile neuronului motor periferic, observate la 7 bolnavi, dar, în timp ce la 6 din aceştia deficitul motor este localizat în mod aproape exclusiv la membrele inferioare. Leziunea neuronului motor central apare evidentă la unul din bolnavi. Tulburări de deglutiţie, probabil determinate de leziuni bulbare au fost menţionale la 2 bolnavi. Un sindrom cerebelos bine exprimat a constituit tulburarea majoră la una din victimi, iar la alta interesarea nucleilor striaţi, exprimată prin mişcări coreice tipice. La un bolnav a existat un sindrom Claude Bernard-Horner, la altul o mioză unilaterală, ambele fiind probabil expresia unor leziuni ale fibrelor oculo-simpatice la nivelul fie al rădăcinilor C_8—D_1, fie al lanţului simpatic cervical. Tulburări de sensibilitate, traduse prin dureri, uneori deosebit de intense. hipoestezie cutanată, parestezii au existat în 9 cazuri.

Tulburări psihice au existat la 8 din cele 12 cazuri studiate. Ele au îmbrăcat în majoritatea cazurilor un aspect neurasteniform: stare de astenie, uneori foarte accentuată, interesînd atît sfera fizică cît şi cea intelectuală, cu fatigabilitate accentuată, dificultatea concentrării atenţiei şi, mai ales, o stare de permanentă nelinişte, mergînd pînă la anxietate. Într-un singur caz s-a notat o obturare a stării de cunoştinţă, iar în altul o lentoare a desfăşurării proceselor intelectuale. Unii autori (Heussner, 1884; Gerhardts, 1888; Ebert, 1881; Irányi şi colab., 1964) au descris adevărate psihoze de reacţie de tip exogen, uneori cu manifestări delirante.

Lichidul cefalorahidian, examinat în 7 cazuri, a arătat valori normale în 4 cazuri şi o disociaţie albumino-citologică în 3, cantitatea de albumină fiind respectiv de 0,44 g, 0,54 g şş 1 g‰.

Nu s-au constatat modificări ale traseelor eeg.

Traseele electromiografice, înregistrate la 4 bolnavi prezentînd o paralizie flască localizată la membrele superioare la 2 din ei şi la membrele inferioare la al treilea, au fost de tip neurogen, cu elemente de denervare parţială. Prezenţa fibrilaţiilor şi a potenţialelor polifazice, prezente pe traseul unuia din bolnavi, atestă şi o suferinţă a pericarionului (B. Pollingher, Veronica Cozma, 1975).

Discuţii. Fără îndoială că materialul prezentat de noi are un caracter selectiv, fiind vorba numai de cazuri spitalizate, prezentînd deci un grad mai mult sau mai puţin pronunţat de gravitate a tulburărilor. Caracterul predominant neuro-psihic al tulburărilor consecutive traumatismului prin trăsnet reiese în mod evident dintr-o serie de studii efectuate pe grupuri neselectate de răniţi (Panse, 1925 ; Irányi şi colab., 1964).

În ceea ce priveşte interpretarea patogenică a tulburărilor persistă încă multe incertitudini. Explicaţiile mecanismelor de producere sînt pur deductive, bazate exclusiv pe simptomatologia clinică. Elaborarea lor este cu atît mai dificilă dacă avem în vedere faptul că diferenţierea efectelor directe, electrodinamice, ale energiei trăsnetului de cele electrotermice şi electromecanice este în cele mai multe cazuri imposibilă. Două modalităţi principale de agresiune acţionează asupra organismului uman în cazul fulguraţiei : efectul direct asupra capului, mai totdeauna mortal şi transmisia de la pămînt, în care factorul principal este aşa numita tensiune de pas (Schrittspanung). Între aceste două modalităţi extreme pot exista o multitudine de situaţii şi variante intermediare.

În cazurile fatale moartea este produsă, după unii autori, de leziuni cerebrale de natură termică (Peters, 1951 ; Panse, 1969), după alţi autori de oprirea activităţii cardiace.

La bolnavii care supravieţuiesc pierderea de cunoştinţă iniţială ar fi provocată după unele păreri de un stop cardiac cu o durată de cîteva secunde, după altele de o întinsă vasoparalizie cu scăderea acută a tensiunii arteriale sistemice ; în sfîrşit, o a treia ipoteză invocă o bruscă creştere a tensiunii ca urmare a unei contracturi musculare tetaniforme generalizate. Prelungirea stării comatoase este pusă pe seama edemului cerebral, cu consecinţele sale anoxice. Aceeaşi explicaţie este propusă şi pentru tulburările psihice de tip neurasteniform.

În ceea ce priveşte tulburările motorii este evident că interpretarea mecanismelor lor patogenetice nu poate fi aceeaşi pentru paraliziile precoce, dramatice ca întindere şi intensitate, dar de o reversibilitate spectaculară şi pentru paraliziile persistente, de obicei cu o topografie mai restrînsă şi un caracter mai puţin global. Retrocedarea rapidă a primelor a determinat în secolul trecut pe Nothnagel (1880) şi pe Charcot (1889) să le considere ca fiind de natură „funcţională". Ulterior, acumularea unui material cazuistic mai bogat a dus la concluzia că fenomenele paralitice reversibile, ca şi, de altfel, figurile de trăsnet şi tulburările de sensibilitate, trebuiesc puse pe seama unor tulburări vasomotorii trecătoare. Pentru Bingel (1936), Iranyi şi colab., (1964) tulburarea vasomotricităţii este secundară lezării sistemului nervos vegetativ. Cît priveşte tulburările neurologice, mai mult sau mai puţin persistente, este probabil că şi aici, în unele cazuri, intervine tot o tulburare vasomotorie, însă de o durată mai mare şi de un grad mai accentuat. Pe de altă parte însă, pentru explicarea leziunilor organice — cerebrale, medulare sau periferice — este foarte plauzibilă şi intervenţia componentei termice a descărcării electrice.

The study was made on 12 patients aged between 21 and 63 years. The initial symptoms were loss of consciousness lasting several minutes up to 5 daps which was present in 8 cases, global sensitivo-motor deficits in 3 cases, partial deficits in 9 cases and severe pains with various locations.

In all cases the motor deficit showed a partial regression a few days after the accident. Neurological polysymptomatic pictures lasted longer in patients in whom lesions of the peripheral nervous system were intricated with hemispheric, brain stem or medullary lesions.

8 patients manifested psychic distrubances of neurastenic aspect : physical and intelectual astenia, affective lability with predominance of depression and more often a permanent disquiet state leading to anxiety.

TENDINŢE PSIHONEVROTICE LA BOLNAVUL DE T.B.C. PULMONARĂ

I. Alexandrescu, Mina Afrăsinei, Silvia Gherghe
— Iaşi

Am întreprins, investigaţii psihologice, sub formă de sondaj. pe o populaţie de 100 bolnavi, de tuberculoză pulmonară de pe raza municipiului şi judeţului Iaşi, 50 din cadrul Preventoriului T.B.C. pentru elevi şi studenţi, 50 din cel al sanatoriului Bîrnova. Bolnavii investigaţi au constituit trei grupe distincte : grupa cronicilor, grupa bolnavilor noi, grupa bolnavilor trataţi în condiţii de preventoriu.

Ca instrumente de lucru ne-am folosit de chestionarul „W. M.", de chestionarul „De—An" şi de testul frazelor de completat.

Chestionarul „W. M." explorează, după cum se ştie, aşa numitele tendinţe psihonevrotice : tendinţa spre emotivitate, inclusiv deci labilitatea emoţională, tendinţa spre obsesii şi fobii, tendinţele schizoide, adică spre solitudine, spre interiorizare, spre suspiciune etc., tendinţele paranoide, cu alte cuvinte sentimentul insecurităţii, al pericolului, conştiinţa persecuţiei, tendinţa spre depresie şi hipocondrie, tendinţa spre irascibilitate, tendinţa spre instabilitate, tendinţele antisociale (psihopatoide).

Chestionarul „De—An", experimentat de I. M. Nestor după Costello, Comray şi Zunk, vizează, în mod special, depresia şi anxietatea.

Testul frazelor de completat utilizat e o adaptare a noastră după cel al lui Serraff. E un test proiectiv cu mari posibilităţi de explorare a unor dominante, perturbări, conţinuturi ideo-afective penibile.

Datele recoltate de noi au fost coroborate cu alte cercetări ale noastre dintr-o perioadă anterioară şi cu cele ale unor clasici ale psihologiei tuberculosului pulmonar.

Prezenţa tendinţelor psihonevrotice, sub variate forme (uşoare, la nivelul zonei de filtraj, puternic accentuate, la nivel patologic), la cîteştreile grupe. În procentaje situaţia se prezintă astfel: — la bolnavii cronici din sanatoriul Bîrnova tendinţele psihonevrotice se găsesc între 88,28%—100%; — la bolnavii noi din sanatoriul Bîrnova între 93,33%—100% — la elevii şi studenţii din preventoriu între 37%—71,43%.

Aşa numitele tendinţe schizoide ajung la bolnavii din sanatoriu pînă la procentajul de 100%; la studenţi numai pînă la 36%. Irascibilitatea înscrie, de asemenea, la bolnavii din sanatoriu un procentaj de 100%; la studenţi şi elevi de 71,37%. Tendinţele psihopatoide se manifestă la bolnavii spitalizaţi într-un procentaj de 93%; la studenţi şi elevi de 37%.

Atît la bolnavii cronici cît şi la cei noi, spitalizaţi în sanatoriul Bîrnova, depresia, în raport de chestionarul „De—An", atingînd diferite gradiente, figurează în procentaj de 100%; la studenţi ajunge pînă la 85,71%.

Cronicii se manifestă prin anxietate în proporţie de 100%; bolnavii noi de 91,45%; studenţii de 95,24%.

Dintre cele 40 itemuri ale chestionarului „De—An", ne-am oprit cu predilecţie asupra celor de la nr. 15 şi 16.

Primul dintre acestea două e formulat astfel:

„Am crize de plîns sau simt că-mi vine să plîng".

Al doilea:

„Noaptea am somnul agitat".

Dintre bolnavii cronici 31,25% au recunoscut crize de plîns, 50% somn agitat; dintre studenţi 55% crize de plîns, 45% somn agitat.

Ce-a reieşit din despuierea frazelor de completat?

O serie întreagă de dominante, mobiluri, conţinuturi ideo-afective penibile, toate acestea înscriindu-se pe aceeaşi linie desprinsă din chestionarul „W. M." şi din chestionarul „De—An".

Notăm prezenţa dominantei sănătăţii, a aspiraţiei către sănătate, la 96% dintre bolnavi şi a dominantei bolii, a preocupării continuie de boală, la 52% dintre subiecţi.

Se constată variate conţinuturi ideo-afective, dar toate acestea sînt expresia a cîtorva tendinţe, ca rezultat al cîtorva mobiluri. Dintre tendinţe cităm doar două: — tendinţele vegetative (spre somn, spre un repaos exagerat, spre o alimentaţie abundentă, bogată). Tendinţele vegetative au ca motivaţie teama de moarte, iar ca mobil salvarea vieţii. — tendinţa de refugiu din realitatea vie (refugiu în reverie, în vis, în plimbare, în muzică, în cugetări). Tendinţa spre refugiu e un fel de a întoarce spatele bolii.

Dintre temerile care transpar prin aglinda frazelor de completat, cea mai mult întîlnită e teama de moarte. Se constată o adevărată obsesie a morţii.

Tot aşa de frecventă e şi nesiguranţa faţă de viitor.

Investigaţiile noastre pe cei 100 de bolnavi de tuberculoză pulmonară sînt, s-ar putea spune, destul de recente. Acestea au fost efectuate la sfîrşitul anului 1979 şi începutul anului 1980.

Rezultatele acestor investigaţii, coroborate cu unele cercetări ale noastre de la sfîrşitul deceniului trecut şi cu unele consemnări mai vechi referitoare la psihicul bolnavului de tuberculoză pulmonară, oglindesc longitudinal şi transversal, dinamica psihismului bolnavului de tuberculoză pulmonară.

Din compararea şi analizarea datelor, la care ne referim, rezultă că psihismul bolnavului de tuberculoză pulmonară e debitor evoluţiei istorice, condiţiilor social-economice, social-ştiinţifice, conştiinţei sociale. dinamica psihicului bolnavului de tuberculoză pulmonară e o rezultantă a tuturor factorilor şi circumstanţelor în interdependenţă, în contextul cărora trăieşte individul.

S-a văzut, astfel, că prin aplicarea chestionarului „W. M." s-au obţinut valori marcat semnificative în ceea ce priveşte cele 8 tendinţe psihonevrotice la toate cele trei grupe de bolnavi. Existenţa unor valori mai mari la bolnavii noi din sanatoriu Bîrnova, în comparaţie cu cronicii, se explică prin efectul de şoc. Valorile simţitor scăzute la elevii şi studenţii din preventoriu, în raport cu cele ale bolnavilor din sanatoriul Bîrnova, reflectă condiţii cu totul particulare la primii, acestea constînd în: existenţa unei forme de tuberculoză uşoară sau parţial remisă, starea pacientului permiţîndu-i a-şi continua studiile, participarea subiectului la toate activităţile admise omului normal etc.

Acestea sînt, pe de o parte consemnările noastre, referitoare la psihicul bolnavului de tuberculoză pulmonară. Pe de altă parte însă, prin aplicarea chestionarului „W. M", a chestionarului „De—An" şi a fazelor de completat, pe cei 100 de subiecţi, bolnavi de tuberculoză pulmonară, şi compararea datelor noastre cu rezultatele altor cercetări mai vechi, reiese că:

Deşi în prezent condiţiile de tratament sînt cu totul altele faţă de trecut, teoretic boala fiind vindecabilă în proporţie de 100%, psihicul bolnavului de tuberculoză pulmonară nu prezintă faţă de trecut, modificări substanţiale. Există cel puţin pînă în prezent unele constante ale personalităţii tuberculosului pulmonar, unle trăsături psihice.

Toţi observatorii din trecut notează că bolnavul se exteriorizează printr-o accentuată labilitate emoţională. Investigaţiile noastre confirmă, după cum s-a văzut, prezenţa labilităţii emoţionale în procentaje foarte ridicate, fie sub formă de emotivitate crescută, de uşurinţă în a trece la stări depresive, fie sub formă de tendinţă la plîns. Tendinţele depresive consemnate de noi sînt impresionante.

Toţi observatorii din trecut insistă asupra tendinţei de interiorizare a bolnavului de tuberculoză pulmonară şi asupra fenomenului de evaziune spre interior. Tendinţele spre interiorizare sînt prezente şi la pacientul investigat de noi.

Toţi cercetătorii clasici discută despre angoasa sau anxietatea bolnavului de tuberculoză pulmonară. Investigaţiile noastre atestă în această privinţă procentaje foarte mari.

Vechii observatori apreciază că bolnavul de tuberculoză pulmonară e un egofil, unii dintre asemenea subiecţi ajungînd chiar la o personalitate psihopatoidă. Investigaţiile noastre descoperă tendinţe psihopatoide la un număr foarte mare de bolnavi.

În concluzie, investigaţiile noastre atestă prezenţa în viaţa psihică a subiectului bolnav de tuberculoză pulmonară a o gamă întreagă de tendinţe psihonevrotice, acestea fiind exact aceleaşi ca şi în viaţa psihică a tuberculosului din altă epocă. Dacă în dinamica psihică a bolnavului de tuberculoză pulmonară se constată unele modificări, acestea sînt mai mult de suprafaţă, de reflectare la nivelul conştientului, nu de profunzime.

Prezenţa tendinţelor psihonevrotice în procentajele citate de noi, demonstrează deci că, cel puţin pînă în prezent, se poate încă vorbi despre o personalitate cu note specifice a tuberculosului pulmonar, că mentalitatea care-l stăpîneşte de veacuri pe om n-a dispărut încă şi că străbunele arhitipuri n-au fost lichidate pînă acum. Diferenţele dintre valorile înscrise de tendinţele psihonevrotice, în funcţie de vechimea bolii, de condiţiile de tratament (sanatoriu, preventoriu, dispensar) oglindeşte curba firească a dinamicii psihice a bolnavului, iar nu o revoluţie a psihicului. Era antibioticilor a revoluţionat, cu alte cuvinte, tratamentul tuberculozei, dar n-a reuşit să facă acelaşi lucru şi cu conştiinţa sa.

CONSIDERAŢII PRIVIND RAPORTUL CHIMIOTERAPIE-PSIHOTERAPIE ÎN TRATAMENTUL NEVROZELOR

V. Hrimiuc
— *Iaşi*

Observaţia clinică a demonstrat că dozajul aplicat acestor categorii de bolnavi diferă în majoritatea cazurilor de dozele optime utilizate în psihoze şi asistăm în practica curentă la reacţii secundare neplăcute, uneori intolerante chiar la doze mici. Acest fapt privind reactivitatea nevroticului este cunoscut de multă vreme încă de la introducerea în psihiatrie a insulinei, că dozele mici administrate bolnavilor nevrotici pot provoca reacţii puternice de precomă şi comă, pe cînd la psihotici starea de comă hipoglicemică se produce după zeci de unităţi de insulină.

În unele sindroame denumite „iniţial" nevrotice şi care au figurat ani de zile (2—4 ani) cu acest diagnostic prin internări repetate, la o observaţie clinică mai antentă, chiar la primul contact cu bolnavul cu tot polimorfismul acuzelor, se pot decela unele elemente „atipice" fără a nega faptul că ele pot scăpa uneori observaţiei psihiatrice. În aceste cazuri cînd elementele „atipice" discrete şi mascate de camelionismul acuzelor nevrotice, medicul este pus în situaţia de a se întreba dacă este vorba de o nevroză vera, sau un sindrom nevrotiform de debut al unei psihoze al cărei contur în unele cazuri se evidenţiază destul de tardiv. Sub acest aspect experienţa noastră a demonstrat că proba terapeutică poate fi de un real folos în sensul că în sindromele nevrotiforme de debut al unor psihoze, administrarea neurolepticilor chiar incisive în doze apropiate de limita superioară admisă, sînt bine tolerate de bolnavi, în raport cu nevrozele vera care, chiar în doze mici fac fenomene de intoleranţă şi reacţii secundare obiective sau subiective destul de neplăcute care impun întreruperea lor.

Fără a încerca să generalizăm acest fenomen totuşi toleranţa şi reactivitatea diferită observată poate constitui o probă terapeutică de diagnostic diferenţial atît de utilă şi necesară în practica curentă. S-ar putea imputa într-o oarecare măsură medicului practician lipsa de fineţe în observaţia şi analiza cazului clinic, de a discerne în acest polimorfism de acuze dacă se află în faţa unui sindrom nevrotic sau a unui tablou clinic de faţadă care poate masca o psihoză cu evoluţie lentă.

Problema este cu atît mai dificilă cu cît, a eticheta un pacient bazat numai pe intuiţie şi experienţă practică nesusţinut de o simptomatologie evidentă, ca psihotic în care timpul poate să afirme sau să confirme diagnosticul elaborat, ridică extrem de dificile probleme ale relaţiei dintre medic pacient-familie-societate.

În acest sens boala psihică indiferent de intensitatea ei nevrotică sau psihotică trebuie privită într-o dinamică evolutivă, pasibilă, de răsturnări de diagnostice, cu atît mai mult astăzi cînd introducerea medicaţiei psihotrope a schimbat modalităţile de manifestare, a unor sindroame şi tablouri clinice, încît formele considerate clasice descrise în vechile tratate îşi pierd conţinutul fără a considera prin aceasta, că aduc vreun prejudiciu concepţiei nozologiste. Psihiatria modernă cu sau fără voia noastră iese din vechile tipare, dinamica ei ţinînd seamă de evoluţia societăţii, de introducerea psihotropelor, de modificările conceptuale ca o consecinţă a descoperirilor de neurofiziologie şi în special a rolului neuroproteazelor enzime proteolitice intracelulare ale ţesutului nervos, care sugerează importante implicaţii ale acestui sistem enzimatic în fiziologia şi patologia sistemului nervos. Descoperirile recente ale lui David Commings, genetician din California, a unor proteine anormale în creierul bolnavilor decedaţi în urma unor psihoze depresive, aduc un argument în plus teoriilor despre caracterul ereditar al bolilor psihice.

Revenind la dinamica evoluţiei bolilor psihice ţinînd seama de factorii mai sus citaţi, care influenţează şi modifică tablourile clinice, se impune ca o necesitate firească organizarea unei consfătuiri pe plan național asupra influenței factorilor sociali-contemporani, a medicației psihotrope, precum și altor factori, în modificarea aspectului clinic și evolutiv ale bolilor psihice, consfătuire din care s-ar desprinde, considerăm noi, atît aspecte teoretice cît și practice ajungîndu-se la o unitate de vederi privind psihiatria românească și asistența medicală diversificată a bolnavilor psihici.

Psihotropele în tratamentul nevrozelor au adus pe lîngă beneficiile arătate mai sus și un grad de comoditate sau mai corect spus a ușurat munca medicului în ceea ce privește timpul, volumul și indicațiile de tratament. Acest fapt nu trebuie să ne facă să uităm că scopul final al tratamentului este recuperarea bolnavului psihic. Pentru aceasta indicațiile terapeutice trebuie să fie cît mai complexe, individualizate, impunîndu-se stabilirea raportului dintre introducerea medicației psihotrope și a influenței ei asupra psihoterapiei și reintegrării sociale, a combina cele mai eficiente metode chimio-psiho-și socio-terapice, cu atît mai mult cu cît după mulți autori psihoterapia în nevroză are un rol deosebit de important și semnificativ, cu toată eclipsa prin noua medicație.

Evoluînd ca metodă de tratament paralel cu istoria medicinei acompaniind actul medical a cunoscut perioade de glorii și decadență, totuși rolul ei pozitiv și rezultatele remarcabile verificate în timp, au impus-o în practica medicală.

Nu ne propunem să trecem în revistă metodele psiho și socioterapice cunoscute din vechile și noile tratate, nici interpretarea filozofică care se dă unora din ele, dorind doar să evidențiem din practica curentă căile și metodele utilizate care s-au impus de-alungul anilor în serviciile de nevroză, prin combinarea mai mult sau mai puțin reușită a tratamentelor mixte chimio și psihoterapice, în care experiența ne-a determinat să le considerăm ca mai utile și mai eficiente pentru bolnavul nevrotic în general.

Experiența ne-a arătat că în saloanele cu 3—4 paturi, repartizarea acelorași grupe de bolnavi cu suferințe, tablouri clinice și structură temperamentală asemănătoare nu este indicată. Convețuind împreună chiar o perioadă scurtă își împărtășesc suferința „împrumută“ unele simptome de la cei din jur, se influențează reciproc în sens negativ, își întrețin acuzele, ceea ce duce la întîrzierea efectului terapeutic. În asemenea situații este bine ca repartizarea lor să se facă împreună cu bolnavii ameliorați aproape de vindecare care au trecut printr-o simptomatologie asemănătoare, au constatat rezultate bune, constituind astfel pentru bolnavul nou acut un factor de inducție pozitivă prin discuțiile invetibile care survin între ei, ridicînd în acest fel în mod direct sau indirect prestigiul medicului curant.

O atenție deosebită trebuie acordată de asemenea bolnavilor la care iritabilitatea este simptomul dominant, care peregrinat prin diverse servicii de medicină internă etc. au efectuat numeroase tratamente ambulatorii, au încrederea zdruncinată și o notă revendicativă caracteristică. În asemenea saloane dacă medicul nu intercalează și alte categorii de bolnavi opuși părerii și conduitei lor revendicative se întîmplă același fenomen de „influențare“, toți capătă o notă revendicativă și de nemulțumire indiferent de tratamentul aplicat, avînd mereu ceva de comentat sau revendicat, fenomen care îngreunează mult activitatea medicului și actul terapeutic, cu toată răbdarea, tactul și competența de care se dă dovadă.

Există unele păreri că anumite categorii de nevroze persistente cu simptomatologie polimorfă și notă revendicativă să fie internați în secțiile cu bolnavi psihotici acuți, ca prin comparație să-și dea seama că suferința lor este minoră și de fapt nu este un bolnav psihic. Se poate că în asemenea situații să se obțină unele rezultate, dar noi nu putem fi de acord cu această părere pe care o considerăm chiar dăunătoare. Starea în care se află bolnavul nevrotic cu anxietățile sale și cu senzația generală de discomfort somato-psihic cu sensibilitatea crescută capabili să recepționeze și să integreze în suferința sa tot ce este negativ în jurul său, poate constitui o psihotraumă, cu tot discernămîntul critic păstrat, văzînd gradul în care unele boli psihotice pot duce la degradarea personalității. Aceasta poate constitui un factor stressant și nu o considerăm ca o soluție medicală și sîntem de părere să fie combătută.

De altfel în organizarea spitalelor de psihiatrie moderne și în cele de tradiție repartizarea bolnavilor după gradul de perturbare psihică s-a impus și se impune ca o necesitate stringentă izvorîtă nu atît dintr-un concept teoretic cît mai mult de la sine din practica curentă.

În privința primului contact al medicului cu pacientul nevrotic, aceasta considerăm noi are o importanță deosebită asupra eficienței ulterioare a terapiei aplicate. S-a vorbit și se vorbește mult despre condițiile pe care trebuie să le îndeplinească sau să și le însușească medicul psihoterapeut. Fără a intra în amănunte menționăm doar răbdarea nelimitată, compasiunea și înțelegerea de care trebuie să dea dovadă în ascultarea suferinței bolnavului nevrotic. Este de la sine înțeles că unii bolnavi nevrotici aproape în fiecare zi au de adăugat noi „amănunte“ care cer ore de ascultare, dar aceasta nu înseamnă a opri bolnavul în expunerea suferinței sale în mod brutal, ci a canaliza discuția spre un final acceptabil. A limita bolnavul la expunerea strictă a simptomatologiei fără a pătrunde în toată complexitatea suferinței sale legată uneori de factori familiali, profesionali, în general ambietali, constituie un eșec terapeutic chiar de la început.

În privința abordării bolnavilor în mecanismul complex și dificil care trebuie ridicat aproape la rangul de artă, a psihoterapiei, deși ea se bazează teoretic pe trepiedul afect-cunoaștere-voință, fără înțelegerea complexă și competentă a întregului raport de cauzalitate între personalitatea individului-trăsăturile sale caracteriale și temperamentale pe de o parte și condițiile ambietale generatoare, nu facem decît un act formal de care nu beneficiază pacientul putînd duce la eșec terapeutic, la pierderea încrederii și a raportului afectiv adecvat între medic și pacient.

În mare, fără a susține că am epuizat toate posibilitățile împărțim bolnavii nevrotici după accesibilitatea psihoterapeutică în trei mari categorii :

Primii care înţeleg şi fac cu uşurinţă legătura de cauzalitate între împrejurările generatoare, personalitatea sa şi suferinţa clinică, chiar de la primul contact cu medicul expun în afara simptomatologiei şi situaţiile socio-profesionale şi familiale care au dus în starea de impact. Aceştia sînt cei mai accesibili la psihoterapie individuală şi grup, ea aplicîndu-se de la început odată cu tratamentul chimioterapic, dar constituie elementul principal ;

A doua categorie care deşi văd legătura de cauzalitate între elementele generatoare şi suferinţa sa, nu consideră util ca medicul să ştie „tot", se rezumă la expupnerea suferinţei sale, şi rămîne circumspect atunci cînd se insistă asupra întregii problematici, pe care el o consideră o situaţie intimă şi personală. La aceşti bolnavi în prima perioadă se impune tratamentul chimioterapic şi treptat cu ameliorarea stării generale cînd pacientul cîştigă stima şi respectul medicului, prin rezultatele terapeutice evidente, singuri uneori solicită o convorbire confidenţială şi treptat îşi dezvăluie cauzele generatoare, înţelegînd utilitatea expunerii lor, recunoaşte importanţa acestor factori, moment cînd acţiunea psihoterapică poate să înceapă cu rezultate bune.

A treia grupă se referă la acele categorii de bolnavi cu o instruire inferioară care nu pot realiza pe plan mintal legăturile complexe între boală, structura personalităţii şi condiţiile generatoare. Psihoterapia este dificilă iar chimioterapia deşi primează, nici ea uneori nu duce la rezultatele scontate. Pacientul nu „vede" decît suferinţa sa pe care deşi o expune detailat nu poate trece printr-o judecată raţională dincolo de graniţele ei. Totuşi psihoterapeutul nu poate şi nu trebuie să rămînă dezarmat, şi dacă o psihoterapie raţională nu este posibilă, pedalînd pe primul sistem de semnalizare se pot obţine de multe ori rezultate remarcabile.

Este de la sine înţeles că din acest punct de vedere prin aceste trei categorii expuse de noi nu am epuizat toate categoriile de bolnavi privind problematica, raportului chimioterapiei-psihoterapiei. De fapt, fiecare caz în parte constituie o „individualitate" în aplicarea acestui tratament mixt putînd desprinde o infinitate de situaţii, dar aceste categorii nouă ni s-au impus ca frecvenţă şi ca rezultate bune terapeutice în practică. Fără a încerca să expunem metodele psihoterapeutice aplicate, care ar fi comode dar nu angajate, ţinem să afirmăm că în nevroză în marea majoritate a cazurilor psihoterapia individuală s-a impus pentru noi şi ne-a dat cele mai bune rezultate. Psihoterapia de grup deşi am aplicat-o destul de frecvent, s-au ivit greutăţi în alegerea grupului, a formelor clinice etc.

Ne permitem să emitem părerea că nu putem fi de acord cu fragmentarea actului terapeutic în sensul că un medic să facă tratamentul chimioterapic, iar aspectul psihoterapic să fie aplicat de alt psihiatru sau de psiholog. Deşi se observă tendinţa de a se profila unii psihiatri numai pe latura psihoterapică, fapt care nu aduce în sine prejudicii, totuşi din punctul nostru de vedere care izvorăşte din realitatea clinică, cît şi din motive subiective care ţin de pacient, ne menţinem pe poziţia (fără a da dovadă de rigiditate) că actul terapeutic trebuie condus pînă în final de medicul în care pacientul şi-a cîştigat încrederea, cu tot volumul mare de muncă, care presupune această conduită. Factorul subiectiv care ţine de pacient şi care nu poate lăsa indiferent pe medicul curant, dă sentimentul că a fost abandonat şi în consecinţă determină de multe ori o atitudine ostilă a pacientului care refuză să-şi expună suferinţa sa în faţa altei persoane, cu atît mai mult complexul de împrejurări generatoare.

Actul terapeutic în nevroze constituie un act unitar, executat de acelaş medic, atît în perioada spitalizării cît şi după externare, medic în care pacientul şi-a depus încrederea şi speranţa sa.

SEMNIFICAŢIA HIPOACUZIEI ÎN PATOLOGIA PSIHIATRICĂ

M. Şelaru, Rodica Costinescu, Florica Grigoraş-Ienceanu

— Iaşi

Recepţia auditivă este cea mai importantă dintre percepţii pentru integrarea organismului uman în mediul natural şi pentru procesul de socializare a individului şi în dezvoltarea lui psiho-intelectuală.

Prezentarea unei hoacuzii de diverse grade, ce poate merge pînă la surditate completă, alterează organizarea perceptuală a mediului, modificînd considerabil reacţiile de adaptare şi determinînd dificultăţi psihologice ale atenţiei, memoriei, gîndirii, comportamentului, ca şi tulburări psihice în unele cazuri.

Deficitul senzorial auditiv prezent de la naştere se repercută defavorabil în mod deosebit asupra formării şi dezvoltării gîndirii : abstractizare şi generalizare, care sînt mediate de limbaj ce necesită un permanent control auditiv ; pierderea sensibilităţii auditive în timpul vieţii determină apariţia sentimentului de izolare cu producerea consecutivă a unor diverse tulburări psihice.

Am cercetat corelaţiile ce se pot stabili între hipoacuzie şi tulburări psihice la un lot de bolnavi psihici cu hipoacuzie, internaţi la Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" Iaşi, pe o perioadă de cinci ani.

În perioada 1 ian. 1974 — 31 dec. 1978 au fost spitalizaţi un număr de 350 bolnavi psihici cu hipoacuzie de grade diferite, dintre care 230 bărbaţi şi 120 femei.

Studiul acestor bolnavi a fost efectuat folosindu-se foile de observaţie din arhiva spitalului şi observaţiile personale ale acestor cazuri.

În perioada luată în considerare, un număr de bolnavi psihici cronici cu hipoacuzie au avut internări multiple, ceea ce a permis studiul evoluţiei tulburărilor psihice, a hipoacuziei şi corelaţiei dintre ele, mai ales a influenţei pe care o exercită hipoacuzia asupra bolii psihice.

Bolile psihice ale pacienţilor care au fost studiaţi au fost grupate astfel :

Nevroze, sindroame nevrotiforme şi sindroame psihogenetice, grupă în care am inclus bolnavii cu nevroza vera — factor declanşator psihotraumatic, conştientizat, în diferite grade sau nu, cu acuze egofobe şi cenestopatice — psihogenie neintenţională ; sindroamele nevrotiforme cu etiologie bipolară psihosomatică, în care caz tulburarea psihică este indusă de o suferinţă viscero-umorală manifestă, şi psihogeniile intenţionale, cînd se realizează un refugiu în boală determinat de o insatisfacţie, un interes sau prin imitaţie.

Cerebrastenia posttraumatică — tulburare psihică cronică posttraumatică, cu manifestări asemănătoare unui sindrom neurastenic şi cu semnefrustre neurologice.

Psihopatii şi sindroame psihopatiforme — dizarmonie cronică a unei personalităţi egofile, cu perturbarea instictiv-emoţională şi sindroame cu aspect de faţadă de psihopatie, cauzate de o suferinţă cerebrală determinată de cauze cunoscute (traumatisme, cauze toxice, infecţioase, epilepsie, tumori etc.).

Psihoze reactive acute — reacţii provocate de traume de natură psihică („şoc emoţional", „stare de afect") care evoluează relativ scurt timp, diferenţiate în grupa I prin dezorganizarea nivelului de conştiinţă cu pierderea discernămîntului pe toată durata psihozei.

Psihoze maniaco-depresive, ce cuprind psihozele hipertimice : starea maniacală, starea malancolică şi sindromul maniaco-depresiv.

Schizofrenia — psihoza hipotimică discordantă — autism constituţional ; clinic caracterizat prin coexistenţa a trei sindroame caracteristice : sindromul solipsist, sindromul negativist şi sindromul disnoic, care se întrepătrund, completîndu-se ; predominenţa unuia dintre ele diferenţiind forma clinică a bolii.

Parafrenia — delir cronic slab sistematizat, cu sau fără halucinaţii, cu expresivitate confabulatorie hipomaniacală.

Tulburări psihice predominant exogene, ce sînt determinate de o etiologie luetică şi etilică, evident că fiecare dintre acestea avînd alte manifestări clinice.

Psihosindroamele de involuţie cuprind sindroamele determinate de involuţia progresivă a funcţiilor de cunoaştere şi afective cu predominenţa tulburărilor de memorie, cu puerilism ; ireversibile, dezvoltate indiferent de vîrstă.

Bolnavii au fost grupaţi după vîrstă în 15 grupe de cîte 5 ani : 15—19 ; 20—24 ; 25—29 etc., pînă la grupa de vîrstă 85—89, şi după sex, datele fiind prezentate în procente.

S-a stabilit tipul de hipoacuzie întîlnit la bolnavii ce au făcut obiectul acestui studiu :

	bărbaţi		femei	
hipoacuzie de transmisie	48	21%	68	57%
hipoacuzie de percepţie	125	54%	28	23%
hipoacuzie mixtă	57	25%	24	20%

Simptomele cele mai des întîlnite în cadrul tulburărilor psihice sînt, de asemenea, exprimate în procente, separat pentru cele două sexe.

Observaţiile clinice se distribuie după cum urmează : (procentual pe grupe de vîrstă şi sexe) :

Grupa de vîrstă	Bărbaţi	Femei
15—19	1%	—
20—24	2%	1%
25—29	2%	5%
30—35	2%	7%
35—39	5%	8%
40—44	10%	12%
45—49	21%	12%
50—54	18%	17%
55—59	17%	18%
60—64	10%	9%
65—69	6%	6%
70—74	3%	3%
75—79	1%	2%
80—84	1%	—
85—89	1%	—

În ce priveşte etiologia hipoacuziei, reţinem următoarele :

Etiologie	Bărbaţi	Femeie
Otite, otomastoidite	21%	57%
Traumatisme cranio-cerebrale	23%	2%
Presbiacuzie	10%	12%
Streptomicină (tbc)	8%	4%
Meningită	4%	3%
Etilism	5%	1%
Lues	5%	—
Traumă sonoră	4%	1%
Hipoacuzii psihogene :	6%	6%
din care : — psihotraumă	2%	1%
— psihoză reactivă acută	1%	2%
— psihoză reactivă acută	1%	2%
— sindrom psihogenetic	—	2%
— schizofrenie	3%	1%
Gripă	—	1%
Etiologie neprecizată	14%	13%

După simptomele clinice esenţiale constatăm :

Siptomul		
Cefalee	63%	80%
Hipomnezie : de fixare	83%	80%
de evocare	40%	28%
Hipopresexie	45%	40%
Astenie	39%	50%
Iritabilitate	30%	26%
Labilitate emotivă	24%	25%
Cenestopatii	29%	35%
Irascibilitate	24%	10%
Preocupare neliniştită faţă de starea proprie de sănătate	23%	30%
Anxietate	20%	40%
Ameţeli	19%	28%
Halucinaţii auditive	19%	20%
Lentoare ideativă	28%	24%
Halucinaţii vizuale	13%	10%
Tulburări inserţie familială	15%	20%
Tulburări inserţie socială	28%	19%
Vertij	10%	17%
Delir	17%	19%
Izolare	9%	13%
Alcoolism	20%	11%
Tulburări de comportament	12%	9%

Analiza celor 350 pacienţi bolnavi psihici cu hipoacuzie a evidenţiat următoarele fapte :

Grupele de vîrstă la care hipoacuzia este prezentă în proporţia cea mai mare sînt : grupa 45—49 ani cu frecvenţa de 21% la bărbaţi şi grupele 50—54 şi 55—59, cu frecvenţa de 35% la femei. Frecvenţa hipoacuziei este mai mare la bolnavii psihici la aceste grupe de vîrstă deoarece la bărbaţi, la această vîrstă se continuă, în general, o activitate profesională intensă (adesea cu diverşi factori de stress), şi se produce apariţia primelor semne de diminuare fiziologică a sensibilităţii auditive ; la femei, maximul frecvenţei hipoacuziei se află la grupele de vîrstă 50—54 şi 55—59 ani, probabil odată cu dispariţia protecţiei hormonale ce se produce la menopauză şi lasă femeia mai vulnerabilă decît în perioada anterioară la acţiunea agenţilor ce pot determina hipoacuzia. Acest fenomen se include în cadrul mai general al variaţiei repartiţiei proceselor patologice cu vîrsta, la femei ajungîndu-se la valori asemănătoare cu cele de la bărbat abia după scăderea nivelului estrogenilor, cu roluri protectoare multiple, întîmplată la instalarea menopauzei.

Se constată că gruparea cazurilor de hipoacuzie ale bolnavilor psihici după intervale de cîte 5 ani realizează o evoluţie de la valori reduse : 1% la grupa 15—19 ani, crescînd lent pînă la grupa 35—39 ani 5%). după care urmează o creştere bruscă (10%) pentru grupa de vîrstă 40—44 şi cu stabilirea maximului la grupa 45—49 ani ; după aceasta urmează o scădere foarte lentă, practic s-ar putea vorbi de o menţinere la valori aproximativ constante pentru grupele de vîrstă 50—54 şi 55—59 cu valorile de 18 şi respectiv 17% ; în continuare se produce o diminuare mai rapidă pînă la valori reduse de 1% pentru grupele de vîrstă 75—79 ; 80—84 şi 85—89 ani. Deci se realizează aspectul unei curbe care, prin extrapolare, dacă am fi folosit un număr mai mare de bolnavi psihici cu hipoacuzie, ar avea forma unei curbe de distribuţie Gauss, simetrică, cu un maxim central şi cu extremităţile cu valori minime.

Există deosebiri între aspectul curbelor la cele două sexe, în sensul că la femei distribuţia hipoacuziei pe grupe de vîrstă nu realizează o evoluţie bruscă spre maximum ca la bărbaţi şi deci, prima jumătate a curbelor are un aspect diferit nu numai printr-o translare, ci şi prin alură. în vreme ce a doua jumătate are aspecte asemănătoare la ambele sexe.

În intervalul de pînă la maximum, pentru aceleaşi grupe de vîrstă, hipoacuzia este aproape dublă la femei faţă de bărbaţi. Astfel :

	Bărbaţi	Femei
25—29	2%	5%
30—34	2%	7%
35—39	5%	8%
şi 25—39	9%	20%

Referindu-se la consecinţele psihologice şi psihiatrice ale hipoacuziei de diverse grade, şi mai ales la surditate, Myklebust a arătat, recurgînd la o nouă clasificare, care este situaţia cînd deficienţa se instalează în etapele : — prenatală sau înaintea vîrstei de 2 ani, fiind afectată grav capacitatea de comunicare, iar în acelaşi timp personalitatea şi adaptarea emotivă, cu repercusiuni importante asupra dezvoltării psiho-intelectuale şi integrării sociale ulterioare ; — de la 2 la 6 ani în cazul în care pînă la 5 sau 6 ani vorbirea nu a fost normală, consecinţele negative sînt mai mici ; — vîrsta şcolară — limbajul fiind deja însuşit, consecinţe mai grave se întîlnesc la dezvoltarea suşit, consecinţele mai grave se întîlnesc la dezvoltarea personalităţii şi adaptarea şcolară ; — prima maturitate, între 18 şi 30 ani, în studiul nostru grupele 20—24 şi 25—29, cînd odată cu hipoacuzia şi surditatea intervin anumite tulburări în privinţa unor aspecte de viaţă socială, în menţintrea anumitor prieteni, planuri de căsătorie, instincţie, opţiune profesională, cu consecinţe directe asupra psihicului pacientului, determinînd sau participînd la producerea a diverse tulburări psihice ; — de la prima maturitate pînă la cea tîrzie, între 30 şi 60 de ani, ce cuprinde în cercetarea noastră grupele de vîrstă 30—34 ; 35—39 ; 40—44, 45—49, 50—54 şi 55—59, consecinţele psihologice derivă mai ales din necesitatea de a schimba profesia sau locul de muncă. Cauzele hipoacuziei şi surdităţii la această vîrstă pot fi diferite : otoscleroză, slăbire progresivă a nervului auditiv, traume acustce etc ; bătrîneţea, în acest caz acţionează mai ales presbisacuzia, care stimulează izolarea, incertitudinea, emotivitatea.

Tipul hipoacuziei. Sa observă diferenţe mari pentru cele două sexe : la bărbat hipoacuzia de percepţie în proporţie de 54%, hipoacuzia de transmisie 21%, hipoacuzia de tip mixt are o participare de 25%, iar la femei se constată că hipoacuzia de percepţie are un procent de 23%, hipoacuzia de transmisie reprezintă 57%, iar hipoacuzia de tip mixt reprezintă 20%.

Se constată că la bărbat predomină hipoacuzia de percepţie (54%), predominenţa acestui tip de hipoacuzie putîndu-se explica prin etiologia traumatică frecventă la bărbaţi (23%), care determină în aproximativ 95% din cazuri hipoacuzii de percepţie ; etiologia involutivă, presbiacuzia, aproximativ 10%, toxică medicamentoasă 8%. alcoolism 5%, lues 5%, care dau tot psihoacuzie de percepţie.

La femei predomină hipoacuzia de transmisie, 57%, explicată prin frecvenţa mare a otomastoiditelor cronice. Un procent de aproximativ 20% la femei şi 25% la bărbaţi este constituit din hipoacuziile de tip mixt, care au o predominenţă de transmisie la femei şi de percepţie la bărbaţi putîndu-se adăuga la tipul respectiv şi hipoacuzia.

Etiologia hipoacuziei. Se observă că frecvenţa maximă este reprezentată de otitele medii cronice: la femei 57% şi bărbaţi 21%, care determină şi frecvenţa crescută a hipoacuziei de transmisie la femei.

Presbiacuzia deţine un procent asemănător, din hipoacuziile ce se întîlnesc la vîrstele înaintate, la femei fiind de 12% şi la bărbat 10%.

Traumatismele cranio-cerebrale. Frecvenţa maximă se observă la bărbaţi (datorită profesiei, navetismului, un factor favorizant fiind şi consumul crescut de băuturi alcoolice), 23%, iar la femei 2%. Traumatismul cranio-cerebral a determinat în 78% din cazuri cerebrastenie posttraumatică, şi doar în 22% din cazuri encefalopatie posttraumatică, tulburări de comportament.

Un procent de aproximativ 70% dintre bolnavii traumatizaţi au prezentat comoţie cerebrală ; 5% contuzie cerebrală. În ceea ce priveşte raportul de gravitate dintre traumatismele şi hipoacuzia posttraumatică, nu am găsit raport de proporţionalitate. Traumatismul cranio-cerebral a dat hipoacuzie de percepţie, în cîteva cazuri a determinat pe lîngă hipoacuzia de percepție și o hipoacuzie de transmisie (hipoacuzie de tip mixt).

Referitor la unilateralitatea sau bilateralitatea traumatismului, atît traumatismele unilaterale cît și cele bilaterale, 90% din cazuri au dat hipoacuzie bilaterală, iar în 10% din cazuri s-a produs o hipoacuzie unilaterală, de aceeași parte cu traumatismul sau de partea opusă.

Medicația ototoxică, tuberculostatică — streptomicina, kanamicina — a fost implicată în etiologia hipoacuziei într-un procent de 8%, neputîndu-se stabili precis cît din acest proces revine antibioticului și cît etiologiei tuberculoase. Atît medicația ototoxică, antituberculoasă cît și boala ca atare determină același tip de hipoacuzie, participînd împreună la producerea hipoacuziei.

Alcoolismul cronic — deși frecvența consumului de alcool la bolnavii cuprinși în acest studiu, numai în 5% din cazuri alcoolismul a putut fi implicat în etiologia hipoacuziei și îndeosebi în etapa de tulburare psihică de tip psihotic.

Luesul a determinat hipoacuzia împreună cu alți factori (involuție, alcoolism, tare organice diverse care diminuă rezistența organismului), în toate cele 5 cazuri găsite de lues (PGP, tabes).

Trauma sonoră a determinat hipoacuzia în 4% din cazuri la bărbați, datorită expunerii la zgomote de intensitate crescută prin profesie (cazangii, betoniști etc.) și în 1% din cazuri la femei (țesătoare).

Psihotrauma a determinat hipoacuzie de tip psihogen la 2% din cazuri la bărbați (datorită rezistenței mai scăzute a bărbaților la stressul psihic) și 1% la femei, în toate cazurile fiind vorba de personalități de tip histeroid.

În ceea ce privește schizofrenia, psihozele reactive acute și sindromul psihogenetic cu nevroza vera și psihiastenia, nu se poate afirma cu certitudine că acestea au fost singurele și principalele cauze implicate în etiologia hipoacuziei. În schizofrenie, fenomenul de hipoacuzie survine după debutul bolii, ceea ce ne face să incriminăm noncooperarea pacientului prin negativismul activ particular bolii.

În aproximativ 13% din cazuri nu se poate preciza etiologia hipoacuziei, mai ales pentru hipoacuzia de percepție, deoarece bolnavul nu poate da relații suficiente, iar investigațiile de specialitate nu au decelat cauza.

Simptomele cel mai des întîlnite la bolnavii psihici cu hipoacuzie care au fost cercetați sînt: — cefaleea, într-un procent de 80% la femei și 64% la bărbați, care recunoaște factori multipli în etiopatogenia sa, un rol important revenindu-i și hipoacuziei ; — hipomnezia, este o tulburare frecvent întîlnită la hipoacuzici (85% la bărbați și 80% la femei), pe primul loc situîndu-se hipomnezia de fixarea datelor, ceea ce permite stabilirea unei relații între hipoacuzie și scăderea memoriei ; — scăderea atenției, în special a celei spontane se întîlnește în aproximativ 45% din cazuri la bărbați și 40% la femei, scădere care a antrenat în timp și scăderea atenției susținute, voluntare ; — iritabilitatea, irascibilitatea se găsesc într-o proporție de 30% respectiv 24% la bărbați și 26% respectiv 10% la femei ; ea se datorește, cel mai adesea, dificultăților de comunicare ale bolnavilor cu semenii lor, datorită hipoacuziei ; — asociat hipoacuziei, într-un procent de 19% la bărbați și 20% la femei se întîlnesc halucinațiile auditive și respectiv halucinațiile vizuale și anume : în proporție de 13% la bărbați și 10% la femei ; — delirul, în proporție de 17% la bărbați și 19% la femei este, mai ales, de persecuție, de interpretare ; delirul senzitiv de relație, determinat în mod direct de către deficitul senzorial auditiv ; de gelozie, de prejudiciu, polimorf.

Frecvent se întîlnesc tulburări de inserție socială (28% la bărbați și 19% la femei), determinate în primul rînd de infirmitatea psihică, somatică și de hipoacuzie. Tulburările de inserție familială, des întîlnite, de multe ori nemărturisite de bolnav decît în urma unor îndelungate discuții apropiate, recunosc drept cauză atît boala psihică, cît și hipoacuzia.

Tulburările vestibulare — amețeli, vertij — însoțesc hipoacuzia datorită, de multe ori, cauzelor comune ; amețeli 19% la bărbați și 28% la femei ; vertij 10% și respectiv 17% ; deși la femei aceste tulburări nu se pot lega în întregime de hipoacuzie sau chiar de cauzele comune, cel mai adesea aceste simptome recunoscînd la femei altă etiologie.

Izolarea — dificultatea de comunicare a hipoacuzicului prin neînțelegerea cuvintelor care îi pot fi adresate, duce la sentimentul și trăirea izolării (9% la bărbați și 13% la femei).

Analizînd bolile psihice și hipoacuzia la pacienții cercetați, se poate constata că raporturile dintre aceste două afecțiuni pot fi :

— de preexistență : boala psihică poate exista înainte de instalarea hipoacuziei, între cele două afecțiuni nu există nici o legătură cauzală, ci doar influențe posibile ale hipoacuziei asupra evoluției bolii psihice ;

— coincidența : hipoacuzia poate provoca — prin situația de deficit senzorial nou creată pe un teren predispozant — o decompensare nevrotică sau chiar de intensitate psihotică sub acțiunea unor factori cauzali deci un raport sigur de influențare mult mai intens decît în prima situație ;

— legăturile cauzale de tipul hipoacuziei determină tulburarea psihică, situație în care un rol deosebit de important îl deține consecințele negative psihologice pe care le determină deficitul senzorial, deci hipoacuzia apare ca o cauză directă a bolii psihice ;

— legătura cauzală de tipul : boala psihică determină o hipoacuzie psihogenă, aceasta influențînd la rîndul său evoluția tulburărilor psihice ;

— cauze comune : atît hipoacuzia cît și boala psihică au aceeași cauză ; de exemplu, în cazul unui traumatism cranio-cerebral care determină și o cerebrastenie posttraumatică și o hipoacuzie de percepție în cele mai frecvente cazuri, rar fiind de transmisie.

Aceste situații pot fi grupate în :

1) legătură cauzală de tipul : hipoacuzia determină tulburările psihice ;

2) legătura cauzală de tipul : bolilor psihice pot determina hipoacuzia psihogenă ;

3) relație doar de coexistență, grupă în care includem atît situațiile cînd cele două afecțiuni sînt de-

terminate de aceeaşi cauză, cît şi cazurile de preexistenţă a uneia dintre afecţiuni şi cazurile în care hipoacuzia nu este factor determinant pentru tulburarea psihică, ci doar o influenţează şi creează, uneori, predispoziţia pentru apariţia tulburării psihice.

Analizînd corelaţiile stabilite între bolile psihice şi hipoacuzie la pacienţii studiaţi se constată : hipoacuzia determină boala psihică : 3% la bărbaţi şi 10% femei ; boala psihică determină hipoacuzia la 5% bărbaţi şi 2% femei ; raportul de coexistenţă şi nedeterminare reciprocă 2 92% bărbaţi şi 88% la femei.

Se constată că la femei se întîlneşte mai frecvent relaţia de determinare a tulburărilor psihice de către hipoacuzie, faţă de bărbaţi, în vreme ce relaţia de cauzalitate, boală psihică determină hipoacuzia, este procentual, mai mare la bărbaţi ; totuşi aceste valori sînt destul de reduse dacă le comparăm cu valori ce exprimă relaţiilor doar de coexistenţă şi nedeterminare reciprocă dintre aceste afecţiuni, fapt care poate fi explicat de existenţa unui lot nu foarte larg de bolnavi psihici analizaţi, care să prezinte şi hipoacuzie şi să permită stabilirea unei corelaţii certe în toate cazurile (doar 350 pacienţi) ca şi de ideea că aceste corelaţii nu sînt uşor de evidenţiat, adesea nici pacientul neputînd să dea relaţiile necesare şi uneori nici explorarea de specialitate (ORL, ex. psihiatric) nu poate descoperi relaţiile în timp ale celor două afecţiuni.

Relaţiile dintre hipoacuzie (H) şi bolile psihice (BP) la cele două sexe, stabilite pe lotul de 350 pacienţi (230 bărbaţi şi 120 femei).

Tabel nr. 1

Boala psihică						
Nevroze	2%	1%	—	—	18%	18%
I. Sindrom nevrotiform	2%	4%	—	—	9%	17%
Sindrom psihogenetic	—	—	—	2%	—	—
II. Cerebrastenia posttraumatică	—	—	—	—	23%	2%
III. Psihopatii sindrom psihopatiforme	—	—	—	—	1%	5%
IV. Psihoze reactive acute	—	—	1%	2%	1%	7%
V. Psihoze maniaco-depresive	—	—	—	—	4%	14%
VI. Schizofrenie	—	—	3%	1%	—	—
VII. Parafrenii	—	2%	—	—	—	6%
VIII. Tulburări psihice predominant exogene :						
— etiologie etilică	—	—	—	—	8%	1%
— etiologie luetică	—	—	—	—	5%	
IX. Psihosindroame de involuţie	—	—	—	—	23%	18%
Total :	4%	7%	4%	5%	92%	88%

Se constată că nevrozele sînt determinate de hipoacuzii în 2% din cazuri la bărbaţi (5 pacienţi) şi 1% din cazuri la femei ; cele mai frecvente fiind doar de coexistenţa (18% la femei şi la fel la bărbaţi). Aceste date corespund rezultatelor obţinutede alţi autori, diferenţa fiind că în literatură procentele determinării nevrozei de către hipoacuzie sînt mai mari.

Sindroamele nevrotiforme în 2% şi respectiv 4% la bărbaţi şi femei determinate de către hipoacuzie ; în rest 9% şi respectiv 17% se stabilesc relaţii de coexistenţă şi nedeterminare reciprocă.

Psihogeniile intenţionale determină apariţia unei hipoacuzii psihogene în 2% din cazuri ; în rest nu s-au mai găsit bolnavi care să prezinte hipoacuzie ; cazurile cu corelaţia de determinare boală psihică — hipoacuzie, au fost toate femei.

În cazul cerebrasteniei posttraumatice se constată că în toate cazurile de bolnavi psihici cu această afecţiune şi cu hipoacuzie se stabileşte o relaţie de coexistenţă, cele două afecţiuni fiind determinate întotdeauna de aceeaşi cauză — traumatismul, tulburările psihice fiind accentuate de apariţia hipoacuziei ; apariţia celor două afecţiuni nu poate fi după traumatism, fără ca între ele să se poată stabili, indiferent de ordinea în timp a apariţiei, vreo legătură cauzală ; frecvenţa mare a acestei afecţiuni plus hipoacuzia la bărbaţi 23% faţă de femei 2%, se explică prin frecvenţa mai mare a cauzei comune : traumatismul cranio-cerebral, determinat de anumite riscuri crescute induse prin profesie, navetism, alcoolism.

Psihozele reactive acute determină hipoacuzia în 1% din cazuri la bărbaţi şi 2% la femei ; relaţii de coexistenţă fără determinări reciproce se întîlnesc la 8% dintre pacienţii lotului studiat.

Psihozele maniaco-depresive stabilesc cu hipoacuzia doar relaţii de coexistenţă : 4% la bărbaţi şi 15% la femei.

Schizofrenia determină hipoacuzia într-o proporţie de 3% la bărbaţi şi 1% la femei ; nu se găsesc alte raporturi la bolnavii schizofreni şi hipoacuzie ; fenomenul de instalarea deficitului senzorial auditiv survine după debutul bolii, ceea ce ne face să incriminăm noncooperarea pacientului prin negativismul particular bolii.

În 2% din cazuri se constată că hipoacuzia determină la femei parafrenia, delirul evidenţiabil este mai ales de persecuţie, de interpretare, delirul senzitiv de relaţie ce este în mod direct determinat de către deficitul senzitiv auditiv instalat, delirul de gelozie, polimorf ; în 6% din cazuri nu se stabilesc corelaţii de nici un fel.

În cazul tulburărilor psihice determinate de o etiologie luetică sau etilică, se constată că poate exista şi o hipoacuzie în proporţie de 8% la bărbaţi pentru etiologia etilică și 1% la femei, precum și 5% la bărbați în cazul etiologiei luetice; raporturile stabilite sînt de coexistență căci, atît tulburările psihice cît și hipoacuzia pot fi determinate de aceeași cauză, fără ca între cele două afecțiuni să existe vreo relație de cauzalitate.

Pentru bolnavii vîrstnici, cu psihosindroame de involuție se pune problema unei diminuări a auditiei prin presbiacuzie, raporturile acesteia cu tulburarea psihică fiind doar de coexistență în 23% din cazuri la bărbați și 18% la femei.

PARTICULARITĂȚI PSIHICE ALE BOLNAVILOR ULCEROȘI

M. Șelaru, Lăcrămioara Neamțu, H. Gottlieb, V. Hrimiuc
— Iași

Pornind de la afirmația că orice persoană este susceptibilă în îmbolnăvire prin boală ulceroasă, apare evident că relația boală-bolnav nu se poate aprecia decît individual.

Structura psihică a fiecărui bolnav, nivelul său intelectual, categoria socială din care face parte, stadiul de evoluție și durată a bolii, regimul de spitalizare, reprezintă tot atîția factori care prin combinări specifice determină o infinitate de variații ale raportului somă-psihic.

Deosebirile individuale privind apariția și evoluția bolii atrag atenția asupra unor caracteristici anumite, constituționale sau dobîndite.

În cercetarea de față, am urmărit desprinderea unor supradimensionări în cadrul structurii psihice a bolnavului ulceros în criză și a factorilor în funcție de care acționează.

Material și metodă.

Compoziția eșantionului.

Investigația psihologică, corolată cu elemente anamnestice, s-a făcut pe un lot de 100 de bolnavi internați în clinicile medicale și chirurgicale din Iași în cursul anului 1978, bolnavi care prezintă ulcere gastro-duodenale, diagnosticate clinic și confirmate radiologic prin semne directe (nișă), aflate, în mare majoritate, în puseu acut, iar unele din ele în fața intervenției chirurghicale sau după acest eveniment.

În cercetarea efectuată pentru evaluarea unor trăsături ale personalității ulcerosului, am folosit două chestionare de circulație mondială, pe care le voi prezenta în ordinea completării lor de către subiecți.

Chestionarul W—M, imprimat pe patru pagini, cuprinzînd 70 de întrebări, formă de investigație individuală și care a fost completat în timp nelimitat (10—15 minute). Proba pune în evidență tendințele psihice accentuate care prezintă risc adaptativ, de la manifestări voalate pînă la tendințe accentuate și patologice.

Întrebările oferă subiectului posibilitatea alegerii răspunsului prin două alternative — Da sau Nu —.

Tendințele psihice care se pot evidenția cu autorul acestui chestionar sînt grupate în opt clase, după cum urmează:

I — Emotivitate.
II — Tendințe obsesivo-psihastenice.
III — Tendințe schizoide.
IV — Tendințe parnoiace.
V — Depresie.
VI — Iritabilitate.
VII — Instabilitate.
VIII — Tendințe antisociale.

După acordarea punctelor necesare răspunsului afirmativ se calculează punctajul pentru fiecare tendință în parte, iar valoarea obținută va arăta normalitatea sau dimpotrivă abnormalitatea intensității uneea sau alteea din tendințe, după cum urmează:

Clasa	Interval	Punctaj
I	0— 80	80 — tendințe normale
II	80—120	40 — vagi și ușoare tendințe
III	120—180	60 — zone de filtraj
IV	180—260	80 — tendințe puternic accentuate
V	260—360	100 — tedințe patologice

Bineînțeles, nu toate tendințele au aceeași pondere, unele punînd în evidență riscul de adoptare al subiectului, altele arătînd prezența unor tulburări psihice, uneori mai puțin conștiente și ascunse.

Rezultatele obținute la fiecare tendință sînt sumate, iar totalul este analizat pentru a se releva nuanțele psihologice sau psihopatologice ale personalității subiectului. O serie din subiecți devin problemă prin punctajul obținut în cadrul totalului general, deși în cadrul fiecărei tendințe ar putea obține rezultate medii sau puternic accentuate.

Chestionarul de nervozism Bysencis, poate fi considerat în funcție de extinderea ariei vizate bifazic, deoarece pune în evidență două trăsături ale personalității: nervozismul — vizînd gradul de stabilitate afectivă și extroversiunea—introversiunea, care se referă în principiu la aspectul afectiv—atitudinal al personalității. Timp de investigație 10—15 minute; este constituit din 48 de întrebări.

Rezultatele pot fi grupate după valoarea lor în patru cvartile:

Cvartile	Nervozism	Introversiune
I	0—23	0—21
II	23—32	22—25
III	33—39	26—29
IV	40—48	30—48

Nervozismul accentuat şi extro-introversiunea saturată pot determina dezechilibru afectiv, ducînd la conflict. Din punct de vedere psihometric pentru nervozism este semnificativ qvartilul IV, iar pentru intro-extroversiune qvartilul I şi respectiv IV.

Prezentarea şi interpretarea rezultatelor

În urma analizelor statistice şi psihologice a rezultatelor obţinute la subiecţii investigaţi am diferenţiat subiecţi cu valori de saturaţie.

Asemenea cu elementele obţinute în urma convorbirilor avute cu bolnavii investigaţi am obţinut următoarele :

Rezultatele investigaţiei anamnestice. Din cei 100 de bolnavi investigaţi în care raportul bărbaţi-femei este 65/35, 70 de bolnavi au ulcer duodenal, 16 au ulcer gastric şi 5 au ulcer dublu gastro-duodenal. Raportînd la sex se constată că la bărbaţi ulcerul duodenal reprezintă 84,6%, ulcerul gastric 10,8% şi ulcerul dublu gastro-duodenal 4,6%, iar la femei ulcerul duodenal 68,6%, ulcerul gastric 25,7%, iar ulcerul dublu gastro-duodenal 5,7%.

Se remarcă astfel o predominanţă netă a ulcerului duodenal — 79%, din care majoritatea se găsesc la bărbaţi, demonstrîndu-se însă odată că ulcerul este în special o boală a bărbaţilor, în timp ce ulcerele gastrice se găsesc mai mult la femei, de obicei la vîrste mai înaintate, conform dotelor din literatură.

Repartizarea pe grupe de vîrstă arată următoarea compoziţie :

Grupa	20—24 ani	15	bolnavi	(11 B şi 4 P)
“	25—29	20	“	(12 B şi 8 P)
“	30—34	13	“	(9 B şi 4 E)
“	35—39	15	“	(7 B şi 8 P)
“	40—44	18	“	(12 B şi 6 E)
“	45—49	7	“	(7 B şi 0 E)
“	50—54	5	“	(2 B şi 2 1 P)
“	55—59	3	“	(2 B şi 1 F)
“	60—64	2	“	(1 B şi 1 F)
“	65—69	4	“	(2 B şi 2 P)

Din punct de vedere al pregătirii socio-profesionale (categoria profesională incluzînd în sine şi pregătirea şcolară) s-a evidenţiat o predominantă a celor cu studii de nivelul şcolilor profesionale (40%), urmaţi de cei cu studii medii şi superioare, (cîte 25% fiecare) şi apoi cei cu studii inferioare (10%). Rezultă o incidenţă mai mare a ulcerului la subiecţii cu pregătire medie (şcoli profesionale, licee teoretice şi şcoli postliceale) — circa 65% — conform cu datele existente în literatură.

De altfel, din punct de vedere al incidenţei pe zone geografice, se remarcă procentul crescut de ulcere în mediul urban, la subiecţii ocupaţi în producţie.

La un număr de 53 bolnavi, (35 bărbaţi şi 18 femei) s-au luat şi date anamestice despre vechimea bolii, vechimea în producţie, noxele profenionale, condiţiile declanşante ale puseului ulceros şi antecedentele personale patologice.

Din acest punct de vedere, rezultatele arată că la cei 53 bolnavi investigaţi anamnestic, vechimea bolii a cunoscut variaţii cuprinse între 2 luni şi 29 de ani, astfel :

51% cu vechimea sub 5 ani
32% cu vechimea între 6 şi 10 ani
11% cu vechimea între 10 şi 20 ani
6% cu vechimea peste 20 de ani

Se remarcă mare al ulcerelor cu vechime pînă la 10 ani (83%) care este explicabil, avînd în vedere că în lot domină net subiecţii de vîrstă pînă la 45 de ani.

Din cei 51 de bolnavi la care s-a considerat şi vechimea în producţie, vechime care variază între 1 şi 34 de ani :

16% au vechimea între 1 şi 5 ani
24% au vechimea între 6 şi 10 ani
37% au vechimea între 10 şi 20 ani
22% au vechimea peste 20 de ani

Se remarcă la circa 36% din bolnavi, ulcerul îşi înscrie valoarea vechimei aproape sau odată cu vechimea în producţie, ceea ce ne poate oferi semnificaţia unor corelaţii între începerea activităţii productive şi vechimea bolii ulceroase, mai ales că la aproape toţi aceşti bolnavi se notează prezenţa la noxe profesionale, a turelor de noapte şi a încercării psihice şi că majoritatea sînt ulcere duodenale, ştiut fiind faptul că acestea sînt cele care recunosc în primul rînd influenţa factorului neuropsihic.

Totuşi la un procent de 12% ulcerul a apărut înaintea intrării în producţie, iar la 58% la mai mulţi ani de activitatea productivă, ceea ce poate fi în favoarea implicării condiţiilor de muncă ca factor al etiopatogeniei bolii ulceroase. În sprijinul acestei afirmaţii stă şi faptul că 74% din aceşti bolnavi, declară existenţa de noxe profesionale şi a turelor de noapte.

Între condiţiile care au declanşat paroxismul ulceros, găsim totuşi cu cea mai mare frecvenţă implicate greşelile alimentare (75% din cazuri), 23% fiind şi consumatori de băuturi alcoolice, iar circa 47% punînd alături de greşelile alimentare şi suprasolicitarea şi încordarea psihică de la locul de muncă şi din viaţa particulară. Se remarcă o predominanţă a implicării acestui factor la ulcerele duodenale şi o predominenţă a implicării greşelilor alimentare la ulcerele gastrice.

Restul de 21% din bolnavi. declară la acest capitol numai stările de încordare psihică şi suprasolicitare la locul de muncă, un caz declară ulcerul ca o boală „profesională“, iar un caz invocă cauza iatrogenă a declanşării crizei ulceroase (consum de indometacin).

Între antecedentele personale patologice, remarcăm premenţa în 30% din cazuri a infecţiilor de tipul amigdalitei, apendicitei, infecţiilor urinare şi afecţiunilor informatorii genitale, în 15% din cazuri hepatită virală şi hepatită cronică, iar la 17% din cazuri găsim tulburări psihice de tip nevrotic.

Rezultatele investigaţiei psihologice.

Pornind de la premiza că cele două dimensiuni ale personalităţii relevate de chestionarul Eysenck, nervozismul şi extravensiunea reprezintă puncte de reper semnificative în abordarea analistului psihoafectiv al bolnavului ulceros, iată rezultatele notelor standard a celor 100 de subiecţi cercetaţi prin această metodă !

La bărbaţi

Quartil	Extroversiune	Nervozism
I	35,4%	30,8%
II	32,3%	27,5%
III	9,2%	21,5%
IV	23,1%	28,2%
La femeie		
I	40,0%	22,8%
II	13,4%	28,6%
III	14,3%	17,1%
IV	34,3%	31,9%

Prin reprezentarea grafică a valorilor rezultate de la factorul de personalitate nervozism (fig. I a) s-a

— pentru bărbaţi, o curbă contiună cu un toxim în quvartil I (30,8%), descrescînd către quvartilul II (17,5%) şi apoi ascendentă către quvartilul III (21,5%) şi cu un alt maxim în quvartilul IV (38,2%).

Se remarcă o distribuţie aproximativ egală în primele două quvartile (49%) cu predeminenţa quvartilului IV, de unde rezultă referitor la factorul de stabilitate afectivă că pentru bărbaţii ulceroşi labilitatea afectivă este o caracteristică specifică ;

— pentru femei, s-a obţinut o curbă discontinuă care arată o repartiţie aproape egală între quvartitele I şi II (51%) şi quvartilele III şi IV (45%). Diferenţa faţă de bărbaţi constă în faptul că în timp ce primele două quvartile cel de al doilea are valoare maximă (28,6%, în ultimele două quvartile, quvartilul IV este net mai bogat procentual, faţă de quvartilul III, valoarea fiind aproape dublă (3%, 5%).

Se poate conchide că la femeile ulceroase găsim o labilitate afectivă, preponderentă şi mai însemnată decît la bărbaţi.

Referindu-ne la cel de al doilea factor de personalitate din chestionarul Eynsenck extroversiunea, constatăm aspecte diferite ale reprezentării grafice (fig. I b) :

— La bărbaţi predomină primele două quvartile cu o valoare de 68%, ele fiind aproape egale, ceea ce indică o preponderenţă a introversiunii, ultimele două quvartile înglobînd 32% din bolnavi, majoritatea lor 23% în quvartilul IV, reprezentînd extroversiunea.

Rezultă că la bărbaţi predomină tendinţele de introversiune, ceea ce contravine datelor din literatura de specialitatecare arată că majoritatea ulceroşilor sînt extrovertiţi.

— La femei curba ia un aspect continuu cu un maxim de 40% în quartilul I şi alt maxim de 34% în quartilul IV, dar proporţia celor din primele două quartile este aproape egală cu acelor din ultimele două.

Se observă, ca şi la bărbaţi de altfel, o predominenţă dar mai puţin netă a introversiunii (51,2%, faţă de 48,8% la extravertiţi).

Pe grupe de vîrstă se constată că extroevrsiunea predomină la mulţi peste 40 de ani (53%), în timp ce adulţii tineri au mai multă tendinţă la introversiune, iar nervosismul domină la adultul tînăr (63%), ceea ce arată labilitatea afectivă mai accentuată a tinerilor. De altfel, s-a constatat că la bolnavii în vîrstă se întîlnesc ulcerele cele mai vechi, ceea ce arată debutul lor tot la vîrsta tînără.

Tot cu ajutorul chestionarului Eysanci s-a făcut o repartiţie a bolnavilor în funcţie de simptomele de nervosism care sînt număr de 18, şi anume :

1. Tristeţe şi veselie fără motivaţie. 2. Dificultăţi în concentrarea atenţiei. 3. Stări de nelinişte mintală. 4. Abstragerea de la realitatea imediată. 5. Stări de hiper şi hipomotricitate. 6. Indispoziţie fără motiv. 7. Decizii şi hotărîri întîrziate. 9. Insomnii datorită grijilor şi gîndirilor. 10. Sentimente de vinovăţie. 11. Susceptibilitate. 12. Tensiune nervoasă. 13. Tendinţă către solitudine. 14. Stare de oboseală. 15. Regrete îngrijorătoare. 16. Oboseală şi gînduri de inutilitate. 17. Sentimente de nemulţumire. 18. Stări de neastîmpăr, hipermotricitate.

În scrierea grafică (fig. II) capătă aspectul unei curbe discontinui polimorfe, curba reprezentînd procentual bărbaţii fiind totdeauna sub nivelul celor care reprezintă aceste simptome la femei, cu excepţia simptomelor 2, 3, 4 şi 5.

La bărbaţi frecvenţă mare înregistrează simptomele : 11—74% ; 15 şi 5—72% ; 6—65% ; 9—61% şi 1—58%.

Frecvenţa maximă pentru susceptibilitate şi supărare, urmată de cea pentru regrete îngrijorătoare şi de stările de hipo şi hipermotricitate, este oarecum în concordanţă cu datele din literatură, în ceea ce priveşte conflictul interior caracteristic ulcerosului, conflictul dintre stare de dependenţă şi tendinţele sale dezangajante şi starea de autonomie pe care caută cu îngrijorare să nu şi-o piardă şi pe care o revendică mereu, ceea ce se traduce pe plan comportamental prin hiperactivitate precum şi starea de tensiune interioară în care se află ulcerosul şi care dă insomnii, scrupulositatatea acestuia şi oscilaţiile sale între un pol şi altul al atitudinii faţă de acţiune, între un pol şi altul al dispoziţiei, tristeţe şi veselie, pe care deseori le înlocuieşti una pe cealaltă fără motiv şi care par să-i condiţioneze şi tonusul activităţii sale.

În ceea ce priveşte femeile, la ele simptomele de nervozism ating procente mai înalte, deşi nervosismul aşa cum este exprimat de distribuţia în quartilele chestionarului Eysenck nu pare a fi o caracteristică nici pentru femeile ulceroase.

La femei procente mari ating simptomele :

15—86% faţă de 72% la bărbaţi ;
11—83% faţă de 74% la bărbaţi ;
17—77% faţă de 60% la bărbaţi ;
1—77% faţă de 58% la bărbaţi ;
12—72% faţă de 56% la bărbaţi ;

Se remarcă astfel că femeile au cu o mai mare frecvenţă stări de susceptibilitate, supărare, regrete, nemulțumiri, neîmplinite, tensiune interioară și că la fel ca și bărbații ulceroși, cocilează uneori fără motiv între tristețe și veselie, cu aceeași traducere pe plan comportamental în perioade de hipo și hipermotricitate.

Ca minim de frecvență se înscriu simptomele 2, 3, 4, 7, 8, 13 și 14 (între 35 și 50%) la bărbați și 2, 3 și 13 (între 30 și 55%) la femei.

Ca diferențe amintim între frecvența simptomelor de nervozism la cele două sexe, trebuie subliniate :
7—60% față de 34% la bărbați
4—68% la femei față de 44% la bărbați
1—77% la femei față de 58% la bărbați
17—77% la femei față de 60% la bărbați
12—71% la femei față de55% la bărbați
10—69% la femei față de 45% la bărbați
8—60% la femei față de 48% la bărbați

De asemenea la femeile ulceroase predomină stările de neliniște mintală și dificultățile de concentrare a atenției.

La ambele sexe găsim aproape egal exprimate simptomele 18, 16, 6 și 5, pe care le putem considera ca niște „stigmate“ psihice ale ambelor sexe.

Chestionarul W—M a fost folosit ca modalitate de a decela orientarea psihoafectivă a personalității spre alte tendințe decît nervozismul și anexietatea, tendințe greu de susținut altfel.

După cum am enunțat la punctul material și metodă a chestionarului W—M, acesta pune în evidență tendințele psihice accentuate și psihopatologice, grupate în cele 8 clase. În cadrul celor opt tendințe s-au notat cinci nivele de intensitate, iar numărul de subiecți distribuiți astfel s-au exprimat în procente care au fost reprezentate grafic, separat pentru femei și bărbați, luînd aspecte mai mult sau mai puțin polimorfe, așa cum se observă în figura III.

Pe ansamblu, se constată că frecvența cea mai mare de normalitate a tendințelor o întîlnim în ordine, la tendințele : antisocială — 77%, mai ales pentru femei ; tendințe obsesivo-psihastenice — 67%, mai crescută pentru bărbați și instabilitate — 57%, mai ales pentru femei. Tendințele schizoide și cele paranoide se înscriu cu o frecvență aproximativ egală ca normalitate pentru bărbați (circa 43—48%), la femei aceste tendințe fiind normale numai în 20% din cazuri.

Ca nivel patologic se remarcă frecvența mai mare pentru tendințele depresive — 22% pentru bărbați și 27% pentru femei, în timp ce dintre celelalte tendințe, doar instabilitatea și emotivitatea, pentru femei, se înscriu cu frecvență peste 10%.

Prin considerarea nivelelor puternic accentuate și patologic pentru ansamblul tendințelor, se observă la femei o preponderență pentru : depresie — 58%, iritabilitate 41%, hiperemotivitate 35%, tendințe schizoide 26% și tendințe obsesive-psihiastenice și instabilitate — 23%, și valori mici pentru tendințele paranoiace iar pentru tendințele antisociale nivelele 4 și 5 nu sînt prezente.

La bărbați, constatăm predominanța depresiei 48%, a tendințelor schizoide 38%, a iritabilității 24% și a emotivității 22%, tendințele paranoiace și instabilitatea atingînd 14%, iar tendințele psihostenice și antisociale aveau valori mici — 6 și respectiv 1,5%.

Considerăm că este necesară o descriere a distribuției frecvențelor pentru fiecare tendință pentru a surprinde cît reprezintă normalul, zona de filtraj și nivelele puternic accentuat și patologic pentru fiecare tendință și a le putea da astfel o semnificație în contextul bolii ulceroase și pentru că aproape la toate tendințele am găsit și cazuri patologice, din care unele însă se situau la limita inferioară a patologicului, respectiv la limita superioară a nivelului puternic accentuat, (tabelul 1).

Tabelul 1

Tendințe Nivele (%)	Bărbați			Femei		
	I—II	III	IV—V	I—II	III	IV—V
I	57	19	22	38	26	35
II	76	17	6	56	21	24
III	52	17	30	27	57	26
IV	68	17	14	21	47	12
V	35	25	40	15	27	59
VI	63	13	24	44	15	41
VII	57	29	14	68	9	24
VIII	87	10	1	94	6	0

În concluzie :

— din punct de vedere al emotivității, se remarcă importanța hiperemotivității la femei, ceea ce poate avea o semnificație în relația cu boala ulceroasă ;

— din punct de vedere al tendințelor obsesivo-psihastenice, acestea predomină tot la femei, procentul celor din linia de filtraj și ultemele două nivele, nedepășind însă pe cel al personalului ;

Deci, ceea ce domină la bărbați este depresia, instabilitatea și tendințele antisociale față de femei unde domină depresia și restul tendințelor.

Se poate conchide că ulceroșii își înscriu în nivele puternice accentuate și patologia tendințelor următoare : depresia, iritabilitatea, hiperemotivitatea și tendințele schizoide.

Dat fiind că tendința la depresia caracterizează pe majoritatea bolnavilor ulceroși în criză, foarte mulți fiind în zona IV și V și un număr destul de mare în zona de filtraj, credem că depresia este o caracteristică a ulceroșilor.

Testul W—M ne obligă să luăm în considerare și punctajul general, care ne poate da informații prețioase despre subiecți, chiar dacă aceștia nu realizează un punctaj semnificativ pe tendințe luate separat ; un număr de 9 bolnavi din cei examinați — 5 bărbați și 4 femei au realizat un punctaj global peste 1500.

ASPECTE ALE ASOCIAŢIEI MORBIDE — BOALA PSIHICĂ — BOALA ULCEROASĂ —

M. Şelaru, Lăcrămioara Neamţu, H. Gottlieb
— *Iaşi*

Material şi metodă :

Au fost luaţi în studiu 200 de bolnavi. Eşantionul este reprezentat de bolnavi, femei şi bărbaţi, aflaţi în evidenţa Laboratorului de sănătate mintală, în perioada 1974—1976, bolnavi cu domiciliul stabil în Iaşi şi care alături de afecţiunea psihiatrică pentru care au fost dispensarizaţi, prezentau în momentul luării în evidenţă sau în antecedente şi boala ulceroasă, cu localizare duodenală, gastrică sau gastro-duodenală. Datele au fost selectate din fişele bio-psiho-sociale de dispensarizare.

În analiza eşantionului s-au luat în discuţie diverşi factori mai mult sau mai puţin semnificativ pentru asociaţia morbidă pe care dorim s-o studiem.

Din cei 200 de bolnavi luaţi în studiu, 112 (56%) sînt bărbaţi, iar 88 (44%) reprezintă femeile, proporţia care este oarecum semnificativă şi caracteristică, dat fiind faptul că din totalul bolnavilor dispensarizaţi cei 200 reprezintă aproximativ pe toţi cei care în afară de boala psihiatrică prezintă şi un ulcer.

Analizînd factorii vîrstă, am constatat că cele 88 de femei sînt repartizate pe aceleaşi grupe de vîrstă cu cei 112 bărbaţi.

Grupa de vîrstă (ani)	Bărbaţi	Femei
21—25	0	1
26—30	5	7
31—35	11	9
36—40	22	11
41—45	32	22
46—50	18	17
51—55	13	12
56—60	7	6
61—65	2	2
66—70	2	1

Se remarcă o predominenţă a bolnavilor de ambele sexe între 30 şi 50 de ani, fapt care apare semnificativ, deoarece în această perioadă afecţiunile psihice se întîlnesc cel mai frecvent concurate, iar asociaţia lor cu un ulcer cu atît mai mult.

Se remarcă de asemenea, că la vîrstele extreme numărul observaţiilor este foarte redus, aceasta din cel puţin două motive: primul este faptul că pînă la 30 de ani puţine afecţiuni psihice se conturează (dintre acestea psihozele endogene, dar ulcerul la psihotici este destul de rar, după cum vom observa la locul potrivit), iar al doilea este faptul că la vîrstele înaintate ulcerul poate fi destul de îndepărtat în antecedente pentru a fi menţionat de bolnavii psihici, după cum este ştiut şi faptul că apariţia ulcerelor la vîrstele înaintate este o raritate.

Nevrozele şi etilismul se conturează, în general, după vîrsta de 30 de ani şi ele sînt diagnostice psihiatrice cele mai frecvente întîlnite în lotul studiat. şi apariţia lor poate fi pusă pe seama sumării acţiunilor diferitelor afecţiuni somatice cu factori stressanţi familiali şi de la locul de muncă.

Din punct de vedere al diagnosticului psihiatric pentru care au fost dispensarizaţi bolnavii luaţi în eşantion (diagnosticul este într-o oarecare măsură aproximat din cauza multiplelor formulări ale unuia şi aceluiaşi diagnostic), se remarcă 12 grupe de afecţiuni, fiecare cu o pondere diferită şi care este semnificativă pentru tema studiului nostru.

Curba discontinuă care reprezintă diagnosticul psihiatric conţine două zone de maxim: una a sindroamelor nevrotice, dintre care sindromul nevrotic propriu-zis 23%, sindroamele nevrotiforme pe fond somatogen — 14% şi neuroastenia depresiv anxioasă — 12%, şi un alt maxim, pentru etilismul cronic — 22,5%.

Pe sexe, ponderea femeilor este mai mare decît a bărbaţilor, în ceea ce priveşte sindroamele nevrotice (24,5%) şi anume: 31% faţă de 18% pentru sindromul nevrotic propriu-zis, 20% faţă de 12% pentru sindroamele nevrotiforme pe fond somatogen şi 15% faţă de 10% pentru neuroastenia depresiv-anxioasă, iar a bărbaţilor este net crescută pentru etilismul cronic — 38,4% faţă de numai 2,3% pentru femei.

Se poate deci, stabili o relaţie de directă proporţionalitate între frecvenţa diagnosticului de sindrom nevrotic şi de etilism şi cel de boală ulceroasă.

Dintre psihozele endo şi exogene, o valoare mai crescută o are epilepsia (în mare parte postraumattică), schizofrenia şi melancolia (respectiv 6, 5,5 şi 5%).

Din punct de vedere al localizării ulcerului se constată următoarele proporţii (numai la 175 de cazuri a putut fi precizat sediul ulcerului): ulcerul duodenal — 80%, cu aceeaşi valoare procentuală pentru femei şi bărbaţi; ulcerul gastric — 14%, din care 13,4% bărbaţi şi 14,3% femei, iar 5,7% localizarea dublă gastro-duodenală, 6,2% pentru bărbaţi şi 4,8% pentru femei.

Se remarcă în plus care este variaţia localizării ulcerului în funcţie de afecţiunea psihică:

— ulcerul duodenal are frecvenţa maximă la bolnavii nevrotici — 27%, urmată de alcoolismul cronic — 22%, de sindroamele nevrotiforme pe fond somatogen şi neuroastenia depresiv anxioasă 9 şi respectiv 7%. Frecvenţe mai mici găsim în melancolie — 5%, în schizofrenie 4%, iar epilepsia, neuro astenia ASC şi psihozele endogene se situează pe ultimul loc;

— ulcerul gastric cunoaşte un maxim de frecvenţă la nevroză urmată de alcoolismul cronic, neuroastenia ASC şi apoi nevroza depresivă anxioasă;

— ulcerul gastro-duodenal este mai frecvent la alcoolici şi la cele trei tipuri de sindroame nevrotice.

În funcţie de vîrstă se remarcă o frecvenţă mai crescută a ulcerului duodenal la vîrstele tinere şi a ulcerului gastric la persoanele peste 40 de ani, un număr foarte mic de ulcere gastrice fiind la bolnavii între 28 şi 40 de ani.

Tot în legătură cu boala ulceroasă a bolnavilor psihici investigaţi, subliniem că 32 din ulcere au fost operate, şi anume : — 25 duodenale (14%), din care 20 la bărbaţi (18%), 3 ulcere gastrice din care 2 la femei (3%) şi 5 ulcere gastro-duodenale, toate la bărbaţi (3,6%).

Raportat la afecţiunea psihiatrică, frecvenţa cu care se întîlneşte intervenţia chirurgicală pentru ulcer este maximă la alcoolici (47%), urmînd sindroamele nevrotice (13,5%) şi celelalte afecţiuni psihice (melancolie, neuroastenie ASC, epilepsie, psihoză ciclotimică şi schizofrenie (15%).

După ce am studiat elementele asociaţiei morbide boală psihică — boală ulceroasă, trecem la analiza factorilor care au influenţat-o.

Din punct de vedere al stării civile majoritatea subiecţilor investigaţi sînt căsătoriţi (76%), urmează apoi ponderea celor divorţaţi (7%) din care mai mult sînt femeile (11,5%) faţă de bărbaţi (3,5%) şi de asemenea cei despărţiţi în care predomină tot femeile (4,5%) faţă de 2% la bărbaţi. Concubinajul este mai frecvent la bărbaţi decît la femei şi de asemenea procentul celor recăsătoriţi este mai mare la bărbaţi.

Pe total predomină cei căsătoriţi, apoi cei divorţaţi, cei ne şi recăsătoriţi în proporţii egale, cei despărţiţi şi cei văduvi 3% şi pe ultimul loc concubinajul — 2%.

Se poate afirma că starea civilă îşi pune amprenta asupra psihicului bolnavului, fapt important atît în geneza ulcerului cît şi ca fond pe care se dezvoltă afecţiunea psihică, prin prezenţa conflictelor familiale, prin numărul membrilor familiei şi mai ales a copiilor minori, care necesită o îngrijire deosebită şi solicită mult părinţii.

In ceea ce priveşte mediul familial, se remarcă cum este de aşteptat, o ponderenţă a mediului familial nefavorabil, pe care l-am întîlnit cu o frecvenţă de 56%, mai frecvent la femei (ceea ce arată că femeile sînt mai afectate de mediul familial nefavorabil). Urmează în ordine mediul familial favorabil — 37%, mai ales la bărbaţi — 41% şi apoi mediul familial foarte bun — 6,6% mai frecvent la bărbaţi — 8%.

Pe vîrste, mediul familial nefavorabil predomină între 35 şi 50 de ani.

In ceea ce priveşte numărul membrilor din familie se remarcă o majoritate pentru familiile de 3 membri (28%), urmat de familiile cu 2 şi 4 membri (22—23%), iar un număr destul de mare dintre bolnavi, fac parte din familii mai numeroase (5 membri — 13,5%) iar 1 şi peste 5 membri sînt întîlniţi doar la 6% din bolnavi. In total, ponderea celor cu 4, 5, 6 şi peste 6 membri în familie ajunge la 43%, procent de asemenea semnificativ.

În ceea ce priveşte copii minori — 51% din bolnavi declară un singur copil minor, 27% doi copii minori, 13% — 3 şi 8% — 4 copii minori. Se constată că numărul mare de copii minori 3 şi 4 predomină în familiile bărbaţilor din lot. De altfel, în timp ce la aproximativ jumătate din bărbaţi găsim copii minori, la femei îi găsim doar în 1/3 din cazuri, ei predominînd pentru ambele sexe la grupa de vîrstă 35—45 de ani.

O importanţă deosebită o are cercetarea factorilor studii şi profesie, care ne pot da indicaţii asupra mediului socio-cultural în care apare mai frecvent asociaţia ulcer-boală psihică.

Se constată că din cei 200 de bolnavi majoritatea se înscriu la 4 clase primare (25%), urmaţi de cei cu şcoli profesionale (20%) şi cei cu 7 clase elementare (19,5%), dar în timp ce la bărbaţi predomină cei cu şcoli profesionale 28,5%, la femei predomină cele cu 7 şi 4 clase elementare (31 respectiv 27%). În categoria bolnavilor cu studii medii intră circa 19% din bolnavi, iar în categoria celor cu studii superioare circa 22%.

De remarcat ponderea mare a celor cu studii inferioare (63%) în defavoarea celor cu precădere medie şi superioare (19 şi respectiv 11%). Ulcerul este mutat astfel la categoria subiecţilor cu studii inferioare şi asta datorită în parte ponderii mari pe care o deţine etilismul cronic, mai frecvent la această categorie.

Factorul vîrstă la terminarea studiilor este reprezentat grafic printr-o curbă descendentă, indicînd că frecvenţele scad pe măsură ce înaintăm în vîrstă femeile situîndu-se procentual deasupra totalului la vîrsta de 11—15 ani, pentru ca apoi să se situeze sub valoarea pentru total, în timp ce la bărbaţi situaţia este inversă. Circa 4% dintre bolnavi termină studiile între 31—35 ani, ceea ce explică în parte prin calificarea la locul de muncă, atît pentru femei cît şi pentru bărbaţi.

Factorul profesie ne atrage atenţia asupra ponderii pe care o ocupă pentru ambele sexe condiţia de muncitor necalificat (36%), apoi cea de lăcătuş (11%), majoritatea bărbaţi şi cea de ţesătoare (7,5%) în majoritate femei. Acest lucru nu-i lipsit de importanţă, dat fiind condiţiile mai grele de muncă şi prezenţa noxelor profesionale. Urmează apoi intelectualii (inginer, profesor, tehnician — între 4 şi 6% fiecare), ceea ce arată că şi solicitarea pe care o implică aceste profesiuni poate favoriza asociaţia morbidă în discuţie. Urmează în ordine meseriile de bobinator, gestionar, şofer, vopsitor şi infirmier şi apoi un număr de meserii de profesii foarte diferite ca pregătire şi condiţii de muncă şi la care înregistrăm proporţii mici şi apropiate : contabil şi casnică, învăţător şi ofiţer, laborant şi zidar, medic şi telefonist, soră medicală, taxator, minier şi tinichigiu.

O dată cu profesia mai trebuie analizaţi şi alţi factori, cum ar fi : dacă a schimbat profesia sau nu, vechimea în profesie, vechimea în muncă, factorul pensionare și numărul întreprinderilor în care au intrat subiecții în discuție.

Astfel, din 186 persoane doar 68 (36%) au schimbat profesia din cauza bolii sau din alte cauze, în timp ce restul de 129 (64%) nu au schimbat-o și că femeile au schimbat profesia într-o proporție mai mare (41%) față de bărbați (32%). Știut fiind faptul că schimbarea profesiei reprezintă un stress prin dificultățile adaptative la un alt colectiv și prin schimbarea stereotipurilor dinamice, vedem că totuși influența acestui factor nu-i deloc neglijabilă.

Vechimea în profesie arată un maxim atît pentru femei cît și pentru bărbați pentru vechimea 16—20 de ani, proporție mai mare la femei decît la bărbați.

Vechimea în muncă ia dimpotrivă aspect polimorf, din cauza schimbării profesiei. Valoarea maximă este tot la 16—20 ani, cu o frecvență de 20%. Pentru vechimea 21—25 de ani frecvența este egală pentru femei și bărbați (22%), iar pentru vechimea mai mare de 25 ani, femeile constituie un procent mai mic (10%), în timp ce bărbații depășesc cu mult acest procent (28%). Ceea ce poate fi pus în corelație cu faptul că multe femei sînt pensionate mai de timpuriu. În funcție de factorul vîrstă, valorile mici ale vechimii se intîlnesc la vîrstele tinere iar cele mari la vîrstele înaintate.

Numărul întreprinderilor în care au lucrat bolnavii din lotul studiat variază pentru cele două sexe. Majoritatea subiecților au lucrat într-o singură întreprindere (32%), un procent mai mic în două și 3 întreprinderi (29.1 și respectiv 17%), pentru că procentele să scadă la 8% pentru 4 și 5 întreprinderi și la 3% pentru 6 și mai mult de 6 întreprinderi.

Se remarcă, că în timp ce pentru femei valoarea maximă corespunde la o întreprindere, pentru bărbați corespunde la două întreprinderi, iar pentru un număr mai mare de întreprinderi curba care reprezintă valorile pentru bărbați se situează totdeauna deasupra celei care reprezintă procentele pentru femei.

Un rol important în geneza bolilor psihice și a bolii ulceroase și cu atît mai mult pentru asociația morbidă a loc o reprezintă condițiile de la locul de muncă precum și condițiile de existență respectiv venitul lunar, numărul camerelor de locuit, condițiile igienico-sanitare și alimentația. Vom considera pe rînd toți acești factori pentru a vedea care este semnificația lor în acest context.

Condițiile de la locul de muncă sînt prezentate printr-o curbă discontinuă cu trei maxime : unul pentru munca obositoare (50%), altul pentru turele de noapte (39%) și altul pentru zgomot (33%). Valorile au semnificație de maxim atît pentru femei cît și pentru bărbați, pentru femei adăugîndu-se alte trei valori reprezentative pentru ritm rapid, praf și scamă, iar la bărbați pentru substanțe toxice și frig.

Analiza acestui factor ne arată că la ambele sexe și pe total predomină totuși factorii care implică o solicitare neuropsihică marcată : munca de noapte și obositoare, zgomotul și ritmul rapid față de restul factorilor menționați și care acționează mai mult din punct de vedere somatic.

În ceea ce privește condițiile de existență se observă că venitul lunar înregistrează procente maxime pentru 1 000—1 500 lei (30%), pentru bărbați procentul maxim fiind 25% (1 000—1 500 lei) în timp ce pentru femei procentul maxim se înscrie la venitul de 500—1 000 lei (40%). Urmează în ordine procentul de 27% pentru venitul lunar de 500—1 000 lei și 23% pentru 1 500—2 000 lei.

Se remarcă că un procent mai mare de bolnavi au venitul între 2 000 și 2 500 (12%) decît sub 500 lei (8%). De menționat că a fost înscris venitul subiectului respectiv și nu al familiei sale.

Mai mult de jumătate de subiecți locuiesc în 2 camere (52%) urmînd în ordine procentul celor ce locuiesc în 3 camere (32%) și o cameră (16,5%), ceea ce ne arată că condițiile de locuit sînt totuși favorabile deși realitatea ar fi dată de raportarea numărului de camere la numărul de persoane care locuiesc în ele.

Condițiile sanitare sînt totuși bune la cea mai mare parte din bolnavi (64%), mai ales la femei, în timp ce condițiile satisfăcătoare și cele foarte bune sînt declarate de procente aproximativ egale — 11—13%. Totuși un procent de 13% din subiecți, femei și bărbați în proporții egale trăiesc în condiții sanitare negative și rele.

Alimentația este de asemenea bună la majoritatea bolnavilor (53%), pentru ca la circa 27% să fie satisfăcătoare și numai la aproximativ cîte 10% să fie ori foarte bună ori insuficientă.

Pentru a descrie cadrul în care a apărut boala psihică și respectiv s-a asociat cu boala ulceroasă, este necesar să studiem antecedentele personale ale subiecților inclusiv cele fiziologice și antecedentele erodo-colaterale precum și factorii care sînt reclamați de bolnavi drept cauzatori ai suferinței lor.

Incepînd cu antecedentele fiziologice, trebuie menționat că un număr de bolnavi au descris evenimente negative din copilărie care fără îndoială au un rol sigur în dezarmonizarea psihică a viitorului adult. Astfel, un număr de 28 de bolnavi din cei 200 luați în studiu se înscriu la acest factor, proporția fiind mai reprezentativă la femei (38%) decît la bărbați (28%).

Școlaritatea acestor bolnavi merită studiată pentru a ne forma o părere despre dezvoltarea psihică a subiecților din lot. Se remarcă că mai mult de 65% din bolnavi, procent mai mare pentru femei (peste 70%) au înregistrat un randament bun, o comportare bună și s-au pregătit fără ajutor. Totuși, circa 35% din bolnavi se află la polul opus, procentaj care este suficient pentru a semnifica că la mulți din bolnavi viitorul se prefigura oarecum încă de la vîrsta copilăriei.

În antecedentele personale patologice ale bolnavilor pe primul loc se află boala ulceroasă căci acesta este criteriul de selecție a subiecților în eșantion. În rest pe primul loc se află bolile copilăriei (73%), apoi apendicectomia și amigdalectomia (40 și respectiv 21%), ceea ce este reprezentativ, avînd în vedere că unele statistici menționează frecvența infecțiilor de focar și a altor infecții, mai ales digestive (cum ar fi apendicita) la ulceroși. Pe locul doi după apendicită urmează de fapt bolile reumatice (26%), apoi malaria (20%), hepatita virală şi hepatita cronică şi colecistopatiile (23 şi respectiv 16%), semnificativ în ceea ce priveşte relaţia dintre hepatocolecistopatii şi ulcerul gastroduodenal. Femeile menţionează mai mult în antecedentele lor hepatopatiile decît bărbaţii, deşi avînd în vedere proporţia etiliciilor în lotul investigat, se poate presupune că şi la bărbai hepatopatiile sînt destul de frecvente.

Afecţiunile pulmonare netuberculoase sînt regăsite la 34% din bolnavi iar tuberculoza pulmonară la 25%. De asemenea, pentru femei sînt de menţionat afecţiunile inflamatorii şi tumorile beningne genitale (24 şi respectiv 13%). Traumatismul cranio-cerebral ocupă un loc important la ambele sexe (14%) şi le vom regăsi frecvent şi în rîndul cauzelor apariţiei bolii.

Urmează apoi RAA (9%) şi MTA (8,5%) afecţiunile inflamatorii, fracturile, tifosul exantematic (8%) şi bolile alergice (7%). Dintre afecţiunile endocrine, spasmofilia reprezintă 13%, iar toate celelalte boli împreună 19%. Găsim prezente şi intoxicaţii acute, majoritatea voluntare, (4%) ceea ce este semnificativ pentru problema studiată.

În antecedentele erodo-colaterale ale bolnavilor se remarcă în ordine tuberculoza pulmonară şi afecţiunile pulmonare (20%), ulcerul (17%) şi apoi nevroza (15%). Neoplasmul digestiv este prezent în 8% din cazuri, ca şi hepatita şi ciroza (7,5%). iar colecistopatiile şi diabetul (4,5 respectiv 4%). Se mai remarcă prezenţa etilismului (6%) şi afecţiunile psihice neprecizate (8%). Schizofrenia ocupă un procent de 5% din cazuri, iar ASC, MTA şi accidentele vasculare cerebrale luate împreună circa 14%. Se remarcă deci că, un număr de 40% din bolnavi menţionează în antecedentele lor heredocolaterale afecţiuni psihice, iar 39,5% afecţiuni digestive, procente semnificative pentru asociaţia morbidă în studiu.

În ceea ce priveşte cauzele care au dus la apariţia bolii (mai ales pentru afecţiunea psihiatrică), procentele obţinute înscrise grafic dau o curbă discontinuă cu aspect polimorf care înregistrează trei maxime: trauma psihică familială (35%), mai frecventă la femei (50%) decît la bărbaţi (24%), conflictele la locul de muncă (18%), fără diferenţă semnificativă pe sexe dar predominînd totuşi la bărbaţi (de altfel ei sînt, cei mai mulţi, etilici) şi conflictele familiale (15,5%), conflicte reclamate mai frecvent de femei (30%) faţă de bărbaţi (5%). O pondere destul de importantă o au suferinţele somatice (13%) predominînd la femei, iar traumatismul craniocerebral şi suprasolicitarea neuropsihică sînt menţionate cu aproximativ aceeaşi frecvenţă (23%), şi în mod egal la ambele sexe.

O pondere mai mică o au decesele rudelor (8,5%) invocate atît de femei cît şi de bărbaţi, iar la femei sarcina şi menopauza cu o frecvenţă de aproximativ 1,5%.

De altfel, pentru femei trebuiesc analizate şi evenimentele legate de funcţia de reproducere, care atunci cînd iau un caracter patologic ca şi atunci cînd se înscriu în limitele normalului, au un răsunet asupra stării psihoafective şi somatice a femeilor.

În ceea ce priveşte caracterul menstrelor se constată că mai mult de 1/2 din femei au menstruaţii normale, dar, în acelaşi procent este prezentă dismenoreea care reprezintă un factor pasager, dar totuşi stressant atunci cînd însoţeşte menstruaţia de regulă şi este puternică. Un procent de 22% din femei menţionează neregularitatea menstrelor şi 16% polimenoreea. Toate aceste fenomene lasă să se întrevadă un anumit context hormonal şi neurovegetativ care are semnificaţie atît pentru boala psihică cît şi pentru ulcer. Un alt factor este reprezentat de naşteri şi avorturi (mai ales cele provocate). Astfel, se remarcă trei curbe (una pentru sarcini, una pentru născuţi vii şi alta pentru avorturi. Se observă procentul mare pentru 3 sarcini (23%), apoi pentru două şi o sarcină cîte 8,5%, pentru patru sarcini (13%) şi pentru cinci (11%). Un alt maxim este la opt şi mai mult de opt sarcini, şase şi respectiv 11%.

Corespunzător numărul de născuţi vii nu este proporţional cu al sarcinilor, proporţia cea mai mare fiind pentru un nou născut (45%), apoi pentru doi (31%) şi pentru trei (14%), pentru că numai 7 şi respectiv 3% din femei să nască 4 şi respectiv 5 copii.

Rezultă că un număr mare prezintă avorturi şi într-adevăr numărul lor variază între 1 şi 35. Procentuale, 27% din femei au avut 2 avorturi, 21 şi respectiv 14% cîte 1 şi 3 avorturi, iar între 4 şi 8 avorturi găsim înscrise procente variind între 2 şi 9%

Pentru femeile în vîrstă este de notat menopauza care realizează o adevărată biciuire psihosomatică a femeilor, mai ales atunci cînd se însoţeşte de tulburări. Din cele 37 femei care au menţionat menopauza la 92% aceasta s-a instalat fiziologic şi numai 8% a fost terapeutică. Dar, circa 80% din femei prezintă tulburări de climax şi anume 81% nervozism, emotivitate, parestezii şi palpitaţii, 67% ameţeli, 62% cefalee, 57 bufee şi aproximativ 30% frisoane şi transpiraţii.

Din punct de vedere al simptomaticii pe care o descriu bolnavii în istoric cît şi cea care reiese din documentele medicale (epicirize), imensa majoritate a bolnavilor de ambele sexe descriu insomnia (80%) şi apoi cefaleea (75%), femeile într-un procentaj superior bărbaţilor. Se înregistrează de asemenea vîrfuri de maxim pentru tulburări de memorie (56%) şi pentru coşmaruri (49%), majoritatea la etilici.

O pondere importantă o mai au: astenia, labilitatea emoţională, ameţelile, iritabilitatea, depresia, anxietatea, tendinţa la izolare şi tentativele de suicid (aproximativ între 20 şi 40%), precum şi dipsomania, o caracteristică netă a bărbaţilor (24%) şi tremurăturile şi paresteziile la ambele sexe (30%).

De asemenea, se înregistrează procente aproximativ egale pentru inapetenţă şi scădere ponderală, pentru hiperemotivitate, pentru obsesii şi fobii, impulsivitate, cenestopatii şi lipotimii (aproximativ între 10 şi 20%). Pentru ca simptomele, în general psihotice, să apară cu frecvenţă sub 10%.

Cu mici excepţii, pentru toate simptomele, acuzele femeilor se înscriu la procente mai mari decît la bărbaţi.

Se regăsesc printre simptome multe din tendinţele exprimate de chestionarul W-Y şi Eysenck şi unele din caracteristicile care sînt recunoscute ca făcînd parte din personalitatea ulcerosului, caracteristici care îmbracă însă în contextul afecţiunii psihiatrice nuanţă patologică.

Încă alţi doi factori pot să ne dea o imagine a stării de sănătate a lotului studiat: numărul internărilor în spitalele de psihiatrie şi numărul internărilor în alte spitale.

Referitor la numărul internărilor la psihiatrie, evaluat cu aproximaţie, se remarcă aproximativ 30% din subiecţi cu o singură internare, 22% cu două internări şi 17% cu trei internări. Procentele scad apoi pentru a se ridica din nou pentru valoarea de peste cinci internări, fapt ce poate fi pus pe seama psihozelor, care necesită spitalizări repetate dar şi îndelungate, ceea ce ar impune studiul numărului zilelor de spitalizare dar care nu s-a putut efectua în condiţii bune pentru ca rezultatul să reflecte realitatea obiectivă. În timp ce la bărbaţi predomină procental un număr mic de internări (maximum fiind pentru o internare, la femei predomină numărul mare de internări (3 şi 4) pentru ca la peste cinci internări curbele să se apropie foarte mult.

La internările în alte spitale curba ia un aspect bifazic cu o zonă de maxim pentru 2 şi respectiv 3 internări (24%) şi alta de minim pentru 1, 4, 5 şi peste 5 internări (8—9%), remarcîndu-se că şi la reprezentarea anterioară că, femeile au mai multe internări decît bărbaţii.

CONSIDERAŢII CU PRIVIRE LA CEREBRASTENIA POST-TRAUMATICĂ

M. Şelaru, D. Cozma, Dorina Bucur-Şelaru
— Iaşi

Nevrozele posttraumatice reprezintă astăzi una din cauzele cele mai frecvente şi mai importante de invaliditate. Ele constituie o problemă, atît prin implicaţiile nosologice, etiologice şi patogenice pe care le ridică, cît şi prin terapia lor extrem de dificilă şi delicată.

Este necesar să se considere acest termen în sensul cel mai larg al cuvîntului; se aplică acest diagnostic tuturor bolnavilor care prezintă o simptomatologie nevrotică instalată în evoluţia unui traumatism de orice natură.

În ciuda tuturor eforturilor depuse în ultimii ani, a numeroaselor teorii propuse, a descoperirilor freudiene, „enigma nevrozei" nu a fost total elucidată, la ora actuală neexistînd o explicaţie patogenică totală, unanimă a unui proces nevrotic. Astăzi, îndeplinirea conceptului de nevroză, există două mari curente de opinii: unii autori înglobează noţiunea de nevroză stării funcţionale ale organismului foarte diverse (în special tulburări neuro-vegetative), iar ca o reacţie împotriva acestei extensii a noţiunii de nevroză, alţi autori au propus să nu se considere ca nevroză decît tulburări care au rezultat din conflictele intrapsihice despre care bolnavul nu are cunoştinţă.

În multe lucrări recente, o mare importanţă este acordată influenţelor mediului biologic şi social. Astfel, Vandenberg, în lucrarea sa „Nevroze sau socioze?" insistă asupra factorilor nevrotizanţi de consum moderne (societate complexă, fără căldură şi intimitate, cu lupta concurentă pentru existenţă) şi estimează că termenul de nevroză trebuie să definească orice stare morbidă de natură psihică capabilă să jeneze normal cursul vieţii.

Marea diversitate de opinii cu privire la definirea noţiunii de nevroză se manifestă tot mai pregnant şi în ceea ce priveşte clasificarea formelor clinice ale nevrozei. Iată cîteva clasificări:

— După H. Hecaen, J. de Ajuriaguerra, A. Angelergues: Nevroza anxioasă posttraumatică; Nevroza neurastenică post-traumatică; Histeria posttraumatică; Sinistroza posttraumatică.

— După F. Evrard: Nevroza anxioasă; Reacţii vegetative la accidente: neurastenia posttraumatică; — hipocondria posttraumatică; Histeria posttraumatică; Stări psihastenice posttraumatice.

— După Mail-Fouilleul A: Sindrom comun al traumatizaţilor cranio-cerebrali; Reacţii histerice posttraumatice; Tulburări neurovegetative posttraumatice; Simulaţia; Sinistroza.

Semne subiective: Sindromul subiectiv al nevrozei posttraumatice este centrat în general, pe următoarele simptome:

Cefaleea, care poate fi de orice tip, cel mai adesea întîlnindu-se senzaţiile de greutate ale capului, cel mai mic şoc, eforturile de contracţie musculară exacerbînd această senzaţie şi făcînd să apară o adevărată durere craniană care se asociază deseori cu vertije.

Astenia de toate tipurile: fizică, sexuală, intelectuală şi care au, mai ales, un caracter matinal.

Tulburări neurovegetative: vasomotorii, sudoripare, cardio-vasculare, respiratorii, digestive etc.

Anxietatea este constantă şi poate fi considerată ca fiind chiar sursa atitudinii nevrotice; ea este susceptibilă de a realiza o adevărată stare de panică. Apare de obicei, evident, mai mult sau mai puţin tematizată pe simptomele somatice. Uneori pare absentă, mai ales atunci cînd este neutralizată prin fenomenele de conversie somatică în histerie.

Elementele depresive, uneori evidente, rămîn frecvent în stadiul latent; este vorba atunci de adinamie, dezinteres. Importanţa cunoaşterii acestor depresii larvate este mai mult de ordin terapeutic. Aşa cum a remarcat G. L. Petit şi M. Porot, medicamentele antidepresoare au adesea o eficienţă remarcabilă în evoluţia acestor stări.

Tendinţele hipocondriace se traduc printr-o preocupare în mod particular neliniştită pe care bolnavul o acordă bolii sale. Această fixaţie se manifestă prin traducerea precisă şi imaginativă a tulburărilor resimţite, stabilirea unor liste în care sînt minuţios relevate cele mai neînsemnate semne funcţionale, diverse consultaţii medicale, multitudinea procedeelor terapeutice încercate; uneori, adezivitatea bolnavilor se apropie de o stare „de convingere delirantă" la limită cu stările psihotice.

Manifestările de regresiune infantilă sînt frecvente în nevrozele posttraumatice în care ele creează o stare de puerilism afectiv caracterizat prin indecizie, incapacitatea luării unor iniţiative. Adesea bolnavul se instalează într-o stare de pasivitate, de dependenţă faţă de un membru al anturajului sau al partenerului familial. Atitudinea protectoare a acestuia din urmă favorizează evoluţia. Scena cuplului care se prezintă în faţa specialistului psihiatru este edificatoare: ori partenerul este acela care răspunde la întrebări în locul bolnavului cu aprobarea tacită a acestuia din urmă, ori bolnavul este acela care răspunde dar nu înainte de a cere din priviri o aprobare din partea partenerului. Astfel se creează o veritabilă stare patologică familială în care fiecare este interesat să găsească satisfacţia dorinţelor sale subconştiente.

Elementele pitiatice se manifestă rar, prin marea criză de histerie: cu crize convulsive; contracturi diverse şi tulburări senzoriale cu caracter subit.

Mai frecvent este vorba de un element pitiatic grefat pe o stare nevrotică anxioasă; astfel se explică anumite tremurături, paralizii limitate sau tulburări senzitive cu hipoestezie sau anestezie fără topografie precisă. Aceste tulburări traduc frica inconştientă a subiectului „de a nu fi luat în serios"; teama de a fi luat drept simulant îl determină să prezinte „semne obiective" susceptibile de a autentifica realitatea bolii sale.

Elementele revendicative par să se înscrie deseori secundar în cadrul nevrozei; pare probabil ca nevroza posttraumatică să releve punctul de plecare a unui proces reclamativ şi revendicativ. Această anxietate, care predomină mai mult la debut, dar care, mai mult sau mai puţin rapid se va cristaliza în diverse domenii, va da naştere mai curînd sau mai tîrziu unei nuanţe de revendicare, unui apel către societate, pentru a obţine o compensaţie materială satisfăcătoare a prejudiciului. Mulţi traumatizaţi conservă conştient şi de o manieră mai mult sau mai puţin clar exprimată, impresia de a fi lezaţi, de a fi victime, societatea fiind responsabilă de situaţia lor. Ele se instalează astfel într-o atitudine de pasivitate şi revendicare reclamînd că sănătatea, capacitatea sa de muncă trebuie să-i fie redate imediat. În acest mod se constituie un tablou destul de univoc a acestor traumatizaţi, pe care îi găsim cu ocazia diferitelor expertize medico-legale.

Senzaţii vertiginoase şi indispoziţii survenind mai ales la schimbări bruşte ale capului; mai rar vertije giratorii adevărate, fiind vorba mai curînd de o impresie de instabilitate. Ele pot dispare în mod paradoxal prin folosirea bicicletei sau a motocicletei.

Tulburări ale eficienţei intelectuale: cu dificultate de fixare a atenţiei, fatigabilitate, senzaţie de gol în cap, pierderi ale memoriei, mai ales de dată recentă (trebuie să noteze totul ca să nu uite).

Tulburări senzoriale caracterizate prin: oboseală vizuală, intoleranţă la zgomote intense sau repetate mult timp.

Tulburări ale somnului caracterizate mai ales prin insomnii rebele.

Tulburări de caracter, care sînt mai curînd furnizate de anturaj decît de către bolnav: iritabilitate în toate circumstanţele, susceptibilitate, nu tolerează să fie contrazis; devine coleric, uneori chiar violent, fiind greu de suportat de către anturaj.

Tulburările de atitudine sînt adesea întîlnite: subiectul este trist, îşi simte diminuate capacităţile fizice şi intelectuale, încearcă un dureros sentiment de neputinţă.

În contrast cu multitudinea şi marea varietate a semnelor funcţionale, examenul obiectiv, de cele mai multe ori nu aduce informaţii valoroase în ceea ce priveşte stabilitatea diagnosticului.

Hirrvet vorbeşte de o „microsemiologie", iar Houdard, în studiul său făcut pe 200 cazuri, notează ca semne obiective: — instabilitate la mers şi mai ales la proba Romberg; — tulburări vestibulare discrete evidenţiate prin nistagmogramă, a cărei element cel mai frecvent este nistagmusul vertical, apărînd sau accentuîndu-se în poziţia Ross; — tulburări vizuale datorate unor paralizii parcelare a muşchilor oculomotori; — discrete leziuni craniene, vasculare sau maningeene; — semne psihointelectuale care constau într-o deteriorare (în sensul psihometric al termenului), apărută la studiul testelor şi care pare a avea o semnificaţie organică.

Din cele 280 cazuri, 80 bolnavi au prezentat un sindrom nevrotic; dintre aceştia, 76 de sex masculin şi 4 de sex feminin.

Repartiţia lor în funcţie de vîrstă arată incidenţa crescută a sindromului nevrotic posttraumatic la adult şi adultul tînăr: 33 cazuri între 36—45 ani, şi 23 cazuri între 26—35 ani, comparativ cu numărul redus de cazuri înregistrat la adolescenţi şi tineri: 6 cazuri între 16—25 ani şi bătrîni numai 3 cazuri peste 55 ani.

Aceste date sînt în concordanţă cu grupele de vîrstă în care incidenţa generală a traumatismelor craniocerebrale este maximă, demonstrînd că instalarea sindromului nevrotic posttraumatic este şi în funcţie de frecvenţa traumatismului şi nu numai de teren (vîrstă) care de altfel joacă un rol important.

Tabel nr. 1

Grupa de vîrstă	Nr. cazuri
15—20 ani	2
21—25 ani	4
26—30 ani	10
31—35 ani	13
36—40 ani	17
41—45 ani	16
46—50 ani	7
51—55 ani	8
56—60 ani	2
61—65 ani	—
66—70 ani	—
peste 70 ani	1

Vîrsta la care s-a produse traumatismul are incidenţa maximă între 25—40 ani. Astfel :

Tabel nr. 2

Grupa de vîrstă	Nr. cazuri
6—10 ani	1
11—15 ani	1
16—20 ani	7
21—25 ani	12
26—30 ani	15
31—35 ani	18
36—40 ani	15
41—45 ani	6
46—50 ani	2
peste 50 ani	3

Tulburările psihice prezentate de bolnavi se caracterizează printr-o multitudine de simptome : cefalee fronto-occipitală 26 cazuri ; cefalee generalizată 34 ; vertije 14 ; insomnie rebelă 31 ; iritabilitate 10. tulburări hipnice 2 cazuri ; tulburări de memorie 10 ; irascibilitate 15 ; labilitate emoţională 5, parestezii 3, agresivitate 5, crize comiţiale 9, astenie generalizată 24 ; tulburări neurovegetative 2 ; anxietate 5 ; stare depresivă 1, fatigabilitate 5, alcoolism 3, dispnee de efort 1 şi tendinţă la vagabondaj 1 caz.

Se remarcă incidenţa crescută a cefaleei fronto-occipitale (32,5%) şi a celei generalizate (42,5%), ca simptom principal de manifestare a nevrozei posttraumatice care se însoţesc sau nu de vertije (17,5%).

Tulburările de somn caracterizate prin insomnii rebele (38,7%), astenia generalizată (30,7%), alături de cefaleea occipitală — frontală sau generalizată, alcătuiesc principalul tablou clinic al nevrozei.

Un tablou clinic complet, în ordinea frecvenţei ar putea fi următorul : cefalee 75% ; astenie generalizată 30% ; insomnii rebele 38,7% ; irascibilitate 18,7% ; vertije 17,5% ; iritabilitate 12,5% ; tulburări de memorie 12,6% ; crize comiţiale 11,2% ; anxietate 6,2% ; labilitate emoţională 6,2% ; fatigabilitate 6,2% ; agresivitate 6,2% ; alcoolism 3,7% şi stare depresivă 1,2%.

Se poate deci trage concluzia că triada simptomatică ce caracterizează nevroza posttraumatică evidenţiată de cazuistică este următoarea : cefalee, insomnii rebele şi astenie generalizată.

În ceea ce priveşte natura traumatismului, pe primul loc se situează accidentele de trafic (13 cazuri), urmate de cele de război (8), prin agresiune (8) şi de muncă (7).

Din cazurile studiate :

— 35 şi-au pierdut cunoştinţa, 20 nu, iar 25 au avut specificat în foaia de observaţie acest parametru ;

— 5 au suferit intervenţii chirurgicale, 37 nu, iar 37 nu au avut specificat pe foaia de observaţie acest lucru ;

— 33 au fost internaţi în spital, în timp ce 23 au fost trataţi ambulator, sau nu au primit nici un fel de asistenţă medicală, restul de 24 nespecificat.

În apariţia ei, nevroza posttraumatică se intrică de o manieră aproape constantă, dar în proporţie diferită, în funcţie de caz, după elemente : 1. Accidentul care intervine prin şocul emoţional iniţial pe care îl provoacă, cît şi prin răsunetul psihologic produs de leziunile traumatice, în particular, sechelele cu consecinţele lor sociale şi profesionale. Atingerea diverselor segmente corporale nu pare să fie totdeauna responsabile de o asemenea decompensare. De altfel şi răsunetul emoţional al traumatismului este în funcţie de circumstanţele traumatismului. 2. Starea psihopatologică anterioară care declanşează o nevroză cu ocazia accidentului, fragilitatea echilibrului psihic, tendinţele anxioase sau isterice, dificultăţile familiale sau funcţionale, sînt în acelaşi timp, elemente care ar condiţiona relativa precaritate a adaptării şi care explică brutalitatea decompensării nevrotice cu prilejul accidentului. Se pune încă problema dacă supravegherea minuţioasă, desigur utilă pe plan somatic, nu ar agrava de fapt evoluţia psihologică a bolnavului ; astfel, atitudinea medicului în faţa primelor manifestări nevrotice riscă să aibă o influenţă nocivă supra evoluţiei ulterioare. Două atitudini sînt mai frecvente : — anumiţi medici, somaticieni convinşi estimează vindecarea bolnavului, atunci cînd examenele obiective clinice şi paraclinice sînt normale ; bolnavul este considerat atunci indemn de toate sechelele traumatice, tulburările pe care le acuză fiind considerate funcţionale, anorganice, poate simulate ; traumatismul se găseşte atunci într-o stare de quasi-incertitudine, victimă a unei neînţelegeri din partea medicului. Această situaţie particulară insecurizată, nu poate decît să favorizeze instalarea nevrozei ;

— din contra, alţii dramatizează situaţia, propria sa anxietate contaminînd bolnavul, căruia îi agravează dezechilibrul psihologic. Obiect al unei atenţii excesive, bolnavul pune aceasta în legătură cu gravitatea bolii sale, ceea ce i-o agravează, antrenînd o invaliditate incompatibilă cu reluarea unei vieţi familiale şi profesionale normale.

Sindromul comun al traumatizaţilor cranio-cerebrali a fost descris de Pierre-Marie sub numele de „sindrom subiectiv". Elementele acestui sindrom, în proporţie variabilă, alcătuiesc fundamentul tablourilor psihice patologice ce se instalează posttraumatic. În tablourile mai complexe create în special prin existenţa leziunilor focale, acest sindrom poate interfera cu dezorganizări ale activităţii psihice. Simptomatologia clasic descrisă asociază în proporţii variabile : cefaleea intermitentă, senzaţii vertiginoase, tulburări ale eficienţei intelectuale, tulburări senzoriale şi ale somnului, astenie generalizată cu tulburări de caracter la care se adaugă şi macrosemiologic obiectivă descrisă de Hivert.

În concluzie, exigenţele vieţii moderne au dus la o creştere considerabilă a traumatismelor cranio-cerebrale, îndeosebi cele de trafic (36,7%) ; frecvenţa maximă a traumatismelor se situează între 31—40 ani, interesînd în majoritatea cazurilor sexul masculin.

Datorită polimorfismului şi multitudinii aspectelor clinice ce se instalează posttraumatic, o clasificare a psihosindroamelor survenite în perioada recentă sau tardivă a traumatismului cranio-cerebral este dificilă. Studiul efectuat arată că nu există o corelaţie clinică între tipul psihosindromului şi perioada posttraumatică recentă sau tardivă în care se instalează clasificările existente în literatură, avînd mai mult un caracter didactic şi fiind mai puţin expresia unei realităţi clinice existente.

DATE CORELATIVE PRIVIND REOENCEFALOGRAMA LA VÎRSTNICI

Cleopatra Paciurea
— *București*

Ne-am propus în lucrarea de față un examen corelat a unui lot polimorf de bolnavi consultați în ambulator în vederea stabilirii unor eventuale semnificații în examinarea reoencefalografică. În lotul de bolnavi am cuprins un număr de 36 bolnavi și anume 22 femei și 14 bărbați. Pe grupe nozologice lotul a cuprins 4 psihoze maniacodepresive I melancolie de involuție 5 melancolie anxioasă 1 parafrenie 4 psihoze paranoide I psihoza paranoică I schizofrenie paranoidă 7 sindroame neurastenice depresive 4 sindroame neurastenice anxioase I neurastenie cenestopată 3 epilepsii I demența senilă I stare psihopatoidă.

Simptomatologia clinică a dus la diagnostic în cabinet, confirmat prin spitalizare.

Structura lotului după vîrsta— Vîrsta celor 36 de bolnavi a fost cuprinsă între 55 și 80 de ani și pe grupe de vîrstă de cinci ani situația este următoarea :

Clasic se știe că R.E.G. normală se înscrie ca o curbă monofazică pozitivă, asimetrică în care detaliile păstrează unele relații de succesiune în timp cu fenomenele electrice ale inimii. Ea se efectuează în acelaș timp cu prima derivație E.K.G. La unda R.E.G. morfologic avem un punct de inserție, o fază ascendentă, un unghi de înclinație a pantei ascendente, un vîrf, o fază descendentă pe care se înscrie unda secundară dicrotă. Înclinația pantei ascendente depinde de tonicitatea vaselor, rezistența vasculară periferică și vîscozitatea sîngelui. Ea variază fiziologic cu vîrsta, la vîrstnici panta ascendentă fiind mai înclinată. Sfîrșitul pantei ascendente marcat printr-un vîrf moment cînd patul vascular cerebral e destins la maximum. Vîrful va arăta cele mai importante schimbări de conductibilitate cerebrală. La bătrîni vom găsi un vîrf rotunjit. Panta descendentă este mai lentă și este împărțită de unda dicrotă în segment predicrot și post dicrot. Unda este importantă pentru că arată elesticitatea arterială, vîrsta arterială. Ștergerea undei dicrote arată scăderea distensabilității vaselor. Timpul dintre începutul sistolei electrice (unda 0 din complexul ORS) și punctul de inserție al pantei ascendente este denumit velocitate sfigmică și măsoară 0,15 sec. Cînd

Tabel nr. 1

FEMEI

Ani	P.M.D.	Melanc. Inv.	Ps. Af. Monop.	Parafrenie	Ps. paranoide	Paranoia	Schiz. paran.	Epilepsie	Dementa senila	Nevroza cenest.	Sd. nevr. depres.	Sd. nevr. anxios	St. psihopatoida	Psihastenie Total gral
55—60	3	—	4	i	3	—	i	—	—	i	—	—	—	i
61—65	—	—	—	i	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
71—75	—	—	—	—	—	—	I	—	—	—	—	—	—	—
76—80	I	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
81—85	—	—	—	—	—	—	—	—	I	—	—	—	—	—
Total	4		4	i	4	2	i	i	i	i	—	—	—	2

Tabel nr. 2

BARBAȚI

Ani	P.M.D.	Melanc. Inv.	Ps. Am. Monop.	Parafrenie	Ps. paranoide	Paranoia	Schiz. paran.	Epilepsie	Dementa senila	Nevroza cenest.	Sd. nevr. depres.	Sd. nevr. anxios	St. psihopatoida	Psihastenie Total gral
55—60	—	—	—	—	—	—	I	—	—	—	I	—	—	2
61—65	—	—	—	—	—	—	—	—	—	i	—	—	—	i
66—70	—	—	—	—	—	—	—	—	—	i	—	—	—	i
71—75	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	2
76—80	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	i	—	—	3
Total	—	—	—	—	—	—	2	—	—	7	4	i	—	I4

vasele sînt sclerozate unda pulsului se transmite rapid şi velocitatea sfigmică e mai mică (sub 0,12 sec. e patologica. Aprecierea peretilor vasculari are ca reper coeficientul K (celeritatea sfigmică) care reprezintă raportul dintre timpul de vîrf al pantei ascendente şi durata totală a undei. Raportul se exprimă în procente şi e normal 0,18—0.22.

După intensitatea modificărilor reoencefalogramei. noi am stabilit pentru aspecte după cum urmează :

I. Reoencefalograma în limitele vîrstei—panta ascendentă uşor înclinată. vîrful uşor rotunjit, unda dicrotă prezenta, „k" — sub 22.

II. Reoencefalograma uşor modificată — panta ascendentă uşor înclinată Vîrful rotunjit Dicrota f. slab schiţată, k = 25

III. Reoencefalograma moderat modificată — Panta ascendentă înclinată Vîrful rotunjit, unda dicrotă slab schiţată, k = 25

IV. Reoencefalograma modificată — Panta ascendentă înclinată Vîrful foarte desfăşurat (imagine de casca germană) Unda dicrotă absentă K = 0,30

În cercetarea noastră la un număr de 29 bolnavi cărora li s-au făcut reoencefalograma, s-a găsit:

I. Un caz aspect normal (schizofrenie paranoidă)

II. La 16 cazuri aspect „în limitele vîrstei" (5 sindroame neurasrenice depresive, 2 psihoze paranoide, o psihoză parafrenică, o psihoză paranoică, 2 psihoze paranoide, 2 psihoze maniaco-depresive, 3 melancolii anxioase, o melancolie de involuţie, o psihastenie.)

III. Reoencefalograma uşor modificată s-a găsit la un număr de 16 cazuri, (4 nevroze anxioase, o nevroză cenestopată, 2 psihoze maniacodepresive, 2 psihoze afective monopolare, o psihastenie. o demenţă senilă, o epilepsie, o stare psihpatoidă, 2 psihoze paranoide.

IV. Reoencefalograma moderat modificată la 3 cazuri şi anume 2 epilepsii şi un sindrom neurasteniform).

V. Reoencefalograma de aspect vascular — un caz cu sindrom neurastenic depresiv.

După Roman, în arterioscleroza cerebrală modificările R.E.G. sînt progresive, corespunzînd stadiului evolutiv În a.s.c. incipient modificările sînt puţin importante — înclinarea pantei ascendente este puţin accentuată, unghiul anacrot poate fi normal sau micşorat, vîrful este rotunjit, amplitudinea normală sau puţin diminuată, unda dicrotă mai ştearsă, timpul de vîrf creşte k depăşeşte puţin 0.22. Prezenţa hipertensiunii arteriale corectează unele detalii ale curbei astfel panta ascendentă va fi abruptă, iar amplitudinea mult crescută. În a.s.c. mai avansată punctul de inserţie apare mai precoce, velocitatea sfignică scade sub 0,12 sec., panta ascendentă este înclinată, unghiul anacrot micşorat, vîrful undei rotunjit, aplatizat., panta descendentă mai puţin lentă, iar dicorta lipseşte. Timpul de vîrf este crescut iar celeritatea sfigmică (k) depăşeşte 0,24. Cînd avem şi hipertensiune, panta ascendentă este mai puţin înclinată. iar unghiul anacrot poate fi normal. Nu s-au găsit relaţii între avansarea a.s.c. şi „k" crescut. Prof. V. Predescu şi Dr. Roman găsesc pe 200 bolnavi (100 psihoze afective pe fond a.s.c. şi 100 psihoze afective pe fond involutiv) — alterări ale R.E.G. în 76% din cazurile cu a.s.c. şi în 50% din cazurile cu psihoze senile.

Autorii conchid ca în contextul clinic, al e.e.g. şi al probelor de dislipidemie, r.e.g. poate decela fondul lezional, vascular în unele psihoze afective, spre deosebire de manifestările funcţionale din unele stări psihice ale vîrstei înaintate, ajungînd astfel la diagnostic, prognostic, terapeutica, prin examane dinamice reografice.

DECESELE PRIN CANCER MAMAR ŞI ALTE CANCERE ÎNTR-UN SPITAL PSIHIATRIC

D. Costa, E. Mesteş, A. Coban
— *Bucureşti*

Neurolepticele stimulează eliberarea de prolactină la acest efect al lor putînd servi ca test de blocare dopaminergică (Gruen et al, 1978). La rozătoare. prolactina joacă un rol major în dezvoltarea cancerului mamar (Yokoro et al, 1977). La om. rolul prolatinei în dezvoltarea cancerului mamar este controversat (Nagasawa, 1979). Pînă în prezent, ipoteza după care neurolepticele ar putea contribui la dezvoltarea cancerului mamar uman (Gold, 1976) nu a fost confirmată (Wagner şi Mantel, 1978).

Alţi cercetători au abordat problema mortalităţii prin cancer la bolnavii mintali, fără a o lega de terapia neuroleptică. O incidenţă scăzută a cancerului s-a constatat la pacienţii cu o durată de spitalizare de peste 10 ani (Katz et al, 1967), la schizofreni (Rassidakis et al, 1973), într-o populaţie cu o incidenţă ridicată a schizofreniei (Modrzewska şi Böök, 1979) şi la bolnavii mintali în general (Achtenberg et al, 1978). Aceste rezultate nu au fost confirmate întotdeauna (Du Pan şi Mueller, 1977), ca şi cele privind o presupusă asociere între depresiunea psihică şi decesul ulterior prin cancer (Evans et al, 1974 ; Niemi şi Jaaskelainen, 1978).

În prima parte a prezentului studiu, am examinat frecvenţa decesului prin cancer mamar într-un spital psihiatric, înainte şi după introducerea neurolepticelor în practica psihiatrică, pentru a verifica ipoteza contribuţiei lor la dezvoltarea acestui tip de cancer.

În a doua parte a acestui studiu, am examinat frecvenţa deceselor prin cancerul cu toate localizările, pentru a verifica rezultatele după care decesul prin cancer este mai rar la bolnavii psihici.

Material și metodă

Au fost examinate certificatele medicale constatatoare de moarte (N-2168) și protocoalele autopsiilor efectuate în Laboratorul de anatomie patologică al actualului spital „Dr. G. Marinescu" din București între 1925 și 1978. Am avut la dispoziție 1444 protocoale de autopsii complete (66,60%) și 164 de protocoale de autopsii ale craniului (7,56%).

Partea I-a. Relația dintre tratamentul neuroleptic și decesul prin cancer mamar. Criteriile de includere în studiu al unui deces survenit la o bolnavă mintală au fost următoarele :

— pentru perioada 1929—1958 : durata de internare mai mare de 1 an în momentul decesului și absența diagnosticului de cancer mamar la internare ;

— pentru perioada 1959—1978 : a/ diagnosticul de psihoză ; b/ cel puțin un an de la prima internare în momentul decesului și absența diagnosticului de cancer mamar la prima internare. Criteriul unei durate de internare mai mare de 1 an ar fi făcut imposibilă construirea unui grup mai mare de cîteva zeci de cazuri din cauză că după introducerea neurolepticelor rata externărilor a crescut dramatic. Decesele survenite după reinternări repetate ne-au permis aplicarea criteriului b/ și construirea unui grup de 214 decese.

Cercetarea dosarelor a 100 din decese ne-a permis să constatăm că tratamentul cu neuroleptice a fost prezent în toate cazurile.

Tabelul I prezintă decesele survenite la bolnave mintale incluse în studiu. Ele sînt repartizate pe perioade decenale și grupe de vîrstă.

Pentru o anumită grupă de vîrstă dintr-un anumit deceniu, în acest tabel găsim trei date :

— numărul deceselor prin cancer mamar ;

— numărul deceselor prin alte cancere ;

— numărul deceselor prin toate cauzele, exceptînd cancerul mamar.

Numărul scontat pe cancere mamare într-o grupă de vîrstă într-un anumit deceniu, a fost calculat prin metoda proporționalității (Wagner și Mantel 1978) după cum urmează :

a) în baza numărului de decese prin alte cancere ;

b) în baza numărului de decese prin toate cauzele, exceptînd cancerul mamar.

Pentru a evidenția și mai bine un eventual efect al neurolepticelor asupra frecvenței cancerului mamar, am comparat direct perioada preneuroleptică, cu cea neuroleptică, lăsînd un interval de tranziție (1959—1968). De data aceasta (tabelul II), numărul scontat de decese prin cancer mamar s-a calculat prin aceleași procedee de mai sus, fără a include însă în calcul valorile din intervalul de tranziție.

Pentru a stabili semnificația diferenței dintre numerele observate și scontate ale deceselor prin cancer mamar, s-a calculat X^2 cu corecția pentru continuitate (Armitage 1971).

Cunoscînd din statisticile naționale anuale proporția deceselor prin cancer mamar în fiecare grupă de vîrstă am putut calcula numărul scontat de decese prin cancer mamar pe baza acestei proporții.

Structura mortalității și proporția deceselor prin cancer la bolnavii psihici.

Din 1961 pînă în prezent, creșterea mortalității prin neoplazii maligne în România a fost foarte lentă (de la 121,1$^{0}/_{0000}$ în 1961 la 131,6$^{0}/_{0000}$ în 1978). Acest fapt dă mai multă consistență comparațiilor ce urmează a fi făcute.

Cunoscînd din statisticile naționale anuale proporția deceselor prin cancer, la fiecare dintre sexe și în fiecare grupă de vîrstă, pentru perioada 1961—1978, am aplicat testul „u" (Armitage 1971) pentru a aprecia semnificația proporțiilor deceselor prin cancer observate în fiecare din următoarele grupe : *schizofrenii, psihoze afective, toate categoriile diagnostice exceptînd schizofreniile și psihozele afective toate categoriile diagnostice la un loc.*

Rezultate

Numărul total de decese incluse în studiu este 853 (tabelul I). După cum se vede, înainte de 1959 nu se constata nici un deces prin cancer mamar ; între 1959 și 1978 au existat 5 decese prin această cauză.

În perioada preneuroleptică, numărul deceselor prin cancere mamare este în deficit față de cel scontat, în timp ce în perioada neuroleptică el este în exces. Se mai remarcă oscilațiile numărului total de decese de la un deceniu la altul. Ele explică de ce numărul scontat de decese prin cancer mamar pe baza deceselor prin toate cauzele, exceptînd cancerul mamar, diferă mai mult față de numărul observat, decît cel scontat pe baza deceselor prin alte cancere. În orice caz, din comparația directă a epocilor 1929—1958 și 1969—1978, rezultă că diferențele sînt sesemnificative statistic.

Aplicarea proporției decesului prin cancer mamar din populația generală este și mai edificatoare, pentru deceniul 1959—1968, concordanța fiind aproape perfectă, ceea ce denotă reflectarea fidelă a time-trendului cancerului mamar în România. Cu toate acestea, sîntem de părere să nu se administreze medicamente care cresc prolactina serică în cazul pacientelor cu cancere mamare. Pentru vărsăturile legate de radioterapie, în loc de proclorperazină (Emetiral) care crește prolactina seric s-a propus ciclizina (Thorner et al, 1975).

Totalul deceselor se cifrează la 2168 pentru perioada 1925—1978.

După cum se constată, între 1925 și 1960, principala cauză de moarte la schizofreni a fost tuberculoza, cancerul fiind o cauză de deces rară (2,12%) în acest grup diagnostic, ca de altfel și în grupul psihozelor și a celorlalte afecțiuni psihiatrice.

In epoca 1961—1978 letalitatea prin cancer a rămas practic la valorile din perioada 1925—1960 în cazul schizofrenilor. In schimb, în grupul psihozelor afective și mai ales în grupul celorlalte boli psihice, ea a crescut vizibil.

In perioada 1961—1978, proporția deceselor prin neoplazii maligne față de totalul deceselor în România a fost de 13,36%. În aceeași perioadă, la cei 937 bolnavi vasele sînt sclerozate unda pulsului se transmite rapid şi velocitatea sfigmică e mai mică (sub 0,12 sec. e patologica. Aprecierea peretilor vasculari are ca reper coeficientul K (celeritatea sfigmică) care reprezintă raportul dintre timpul de vîrf al pantei ascendente şi durata totală a undei. Raportul se exprimă în procente şi e normal 0,18—0.22.

După intensitatea modificărilor reoencefalogramei. noi am stabilit pentru aspecte după cum urmează :

I. Reoencefalograma în limitele vîrstei—panta ascendentă uşor înclinată. vîrful uşor rotunjit, unda dicrotă prezenta, „k" — sub 22.

II. Reoencefalograma uşor modificată — panta ascendentă uşor înclinată Vîrful rotunjit Dicrota f. slab schiţată, k = 25

III. Reoencefalograma moderat modificată — Panta ascendentă înclinată Vîrful rotunjit, unda dicrotă slab schiţată, k = 25

IV. Reoencefalograma modificată — Panta ascendentă înclinată Vîrful foarte desfăşurat (imagine de casca germană) Unda dicrotă absentă K = 0,30

În cercetarea noastră la un număr de 29 bolnavi cărora li s-au făcut reoencefalograma, s-a găsit:

I. Un caz aspect normal (schizofrenie paranoidă)

II. La 16 cazuri aspect „în limitele vîrstei" (5 sindroame neurasrenice depresive, 2 psihoze paranoide, o psihoză parafrenică, o psihoză paranoică, 2 psihoze paranoide, 2 psihoze maniaco-depresive, 3 melancolii anxioase, o melancolie de involuţie, o psihastenie.)

III. Reoencefalograma uşor modificată s-a găsit la un număr de 16 cazuri, (4 nevroze anxioase, o nevroză cenestopată, 2 psihoze maniacodepresive, 2 psihoze afective monopolare, o psihastenie. o demenţă senilă, o epilepsie, o stare psihpatoidă, 2 psihoze paranoide.

IV. Reoencefalograma moderat modificată la 3 cazuri şi anume 2 epilepsii şi un sindrom neurasteniform).

V. Reoencefalograma de aspect vascular — un caz cu sindrom neurastenic depresiv.

După Roman, în arterioscleroza cerebrală modificările R.E.G. sînt progresive, corespunzînd stadiului evolutiv În a.s.c. incipient modificările sînt puţin importante — înclinarea pantei ascendente este puţin accentuată, unghiul anacrot poate fi normal sau micşorat, vîrful este rotunjit, amplitudinea normală sau puţin diminuată, unda dicrotă mai ştearsă, timpul de vîrf creşte k depăşeşte puţin 0.22. Prezenţa hipertensiunii arteriale corectează unele detalii ale curbei astfel panta ascendentă va fi abruptă, iar amplitudinea mult crescută. În a.s.c. mai avansată punctul de inserţie apare mai precoce, velocitatea sfignică scade sub 0,12 sec., panta ascendentă este înclinată, unghiul anacrot micşorat, vîrful undei rotunjit, aplatizat., panta descendentă mai puţin lentă, iar dicorta lipseşte. Timpul de vîrf este crescut iar celeritatea sfigmică (k) depăşeşte 0,24. Cînd avem şi hipertensiune, panta ascendentă este mai puţin înclinată. iar unghiul anacrot poate fi normal. Nu s-au găsit relaţii între avansarea a.s.c. şi „k" crescut. Prof. V. Predescu şi Dr. Roman găsesc pe 200 bolnavi (100 psihoze afective pe fond a.s.c. şi 100 psihoze afective pe fond involutiv) — alterări ale R.E.G. în 76% din cazurile cu a.s.c. şi în 50% din cazurile cu psihoze senile.

Autorii conchid ca în contextul clinic, al e.e.g. şi al probelor de dislipidemie, r.e.g. poate decela fondul lezional, vascular în unele psihoze afective, spre deosebire de manifestările funcţionale din unele stări psihice ale vîrstei înaintate, ajungînd astfel la diagnostic, prognostic, terapeutica, prin examane dinamice reografice.

DECESELE PRIN CANCER MAMAR ŞI ALTE CANCERE ÎNTR-UN SPITAL PSIHIATRIC

D. Costa, E. Mesteş, A. Coban
— *Bucureşti*

Neurolepticele stimulează eliberarea de prolactină la acest efect al lor putînd servi ca test de blocare dopaminergică (Gruen et al, 1978). La rozătoare. prolactina joacă un rol major în dezvoltarea cancerului mamar (Yokoro et al, 1977). La om. rolul prolatinei în dezvoltarea cancerului mamar este controversat (Nagasawa, 1979). Pînă în prezent, ipoteza după care neurolepticele ar putea contribui la dezvoltarea cancerului mamar uman (Gold, 1976) nu a fost confirmată (Wagner şi Mantel, 1978).

Alţi cercetători au abordat problema mortalităţii prin cancer la bolnavii mintali, fără a o lega de terapia neuroleptică. O incidenţă scăzută a cancerului s-a constatat la pacienţii cu o durată de spitalizare de peste 10 ani (Katz et al, 1967), la schizofreni (Rassidakis et al, 1973), într-o populaţie cu o incidenţă ridicată a schizofreniei (Modrzewska şi Böök, 1979) şi la bolnavii mintali în general (Achtenberg et al, 1978). Aceste rezultate nu au fost confirmate întotdeauna (Du Pan şi Mueller, 1977), ca şi cele privind o presupusă asociere între depresiunea psihică şi decesul ulterior prin cancer (Evans et al, 1974 ; Niemi şi Jaaskelainen, 1978).

În prima parte a prezentului studiu, am examinat frecvenţa decesului prin cancer mamar într-un spital psihiatric, înainte şi după introducerea neurolepticelor în practica psihiatrică, pentru a verifica ipoteza contribuţiei lor la dezvoltarea acestui tip de cancer.

În a doua parte a acestui studiu, am examinat frecvenţa deceselor prin cancerul cu toate localizările, pentru a verifica rezultatele după care decesul prin cancer este mai rar la bolnavii psihici.

Material şi metodă

Au fost examinate certificatele medicale constatatoare de moarte (N-2168) şi protocoalele autopsiilor efectuate în Laboratorul de anatomie patologică al actualului spital „Dr. G. Marinescu" din Bucureşti între 1925 şi 1978. Am avut la dispoziţie 1444 protocoale de autopsii complete (66,60%) şi 164 de protocoale de autopsii ale craniului (7,56%).

Partea I-a. Relaţia dintre tratamentul neuroleptic şi decesul prin cancer mamar. Criteriile de includere în studiu al unui deces survenit la o bolnavă mintală au fost următoarele :

— pentru perioada 1929—1958 : durata de internare mai mare de 1 an în momentul decesului şi absenţa diagnosticului de cancer mamar la internare ;

— pentru perioada 1959—1978 : a/ diagnosticul de psihoză ; b/ cel puţin un an de la prima internare în momentul decesului şi absenţa diagnosticului de cancer mamar la prima internare. Criteriul unei durate de internare mai mare de 1 an ar fi făcut imposibilă construirea unui grup mai mare de cîteva zeci de cazuri din cauză că după introducerea neurolepticelor rata externărilor a crescut dramatic. Decesele survenite după reinternări repetate ne-au permis aplicarea criteriului b/ şi construirea unui grup de 214 decese.

Cercetarea dosarelor a 100 din decese ne-a permis să constatăm că tratamentul cu neuroleptice a fost prezent în toate cazurile.

Tabelul I prezintă decesele survenite la bolnave mintale incluse în studiu. Ele sînt repartizate pe perioade decenale şi grupe de vîrstă.

Pentru o anumită grupă de vîrstă dintr-un anumit deceniu, în acest tabel găsim trei date :

— numărul deceselor prin cancer mamar ;

— numărul deceselor prin alte cancere ;

— numărul deceselor prin toate cauzele, exceptînd cancerul mamar.

Numărul scontat pe cancere mamare într-o grupă de vîrstă într-un anumit deceniu, a fost calculat prin metoda proporţionalităţii (Wagner şi Mantel 1978) după cum urmează :

a) în baza numărului de decese prin alte cancere ;

b) în baza numărului de decese prin toate cauzele, exceptînd cancerul mamar.

Pentru a evidenţia şi mai bine un eventual efect al neurolepticelor asupra frecvenţei cancerului mamar, am comparat direct perioada preneuroleptică, cu cea neuroleptică, lăsînd un interval de tranziţie (1959—1968). De data aceasta (tabelul II), numărul scontat de decese prin cancer mamar s-a calculat prin aceleaşi procedee de mai sus, fără a include însă în calcul valorile din intervalul de tranziţie.

Pentru a stabili semnificaţia diferenţei dintre numerele observate şi scontate ale deceselor prin cancer mamar, s-a calculat X^2 cu corecţia pentru continuitate (Armitage 1971).

Cunoscînd din statisticile naţionale anuale proporţia deceselor prin cancer mamar în fiecare grupă de vîrstă am putut calcula numărul scontat de decese prin cancer mamar pe baza acestei proporţii.

Structura mortalităţii şi proporţia deceselor prin cancer la bolnavii psihici.

Din 1961 pînă în prezent, creşterea mortalităţii prin neoplazii maligne în România a fost foarte lentă (de la $121{,}1\,{}^{0}/_{0000}$ în 1961 la $131{,}6\,{}^{0}/_{0000}$ în 1978). Acest fapt dă mai multă consistenţă comparaţiilor ce urmează a fi făcute.

Cunoscînd din statisticile naţionale anuale proporţia deceselor prin cancer, la fiecare dintre sexe şi în fiecare grupă de vîrstă, pentru perioada 1961—1978, am aplicat testul „u" (Armitage 1971) pentru a aprecia semnificaţia proporţiilor deceselor prin cancer observate în fiecare din următoarele grupe : *schizofrenii, psihoze afective, toate categoriile diagnostice exceptînd schizofreniile şi psihozele afective toate categoriile diagnostice la un loc.*

Rezultate

Numărul total de decese incluse în studiu este 853 (tabelul I). După cum se vede, înainte de 1959 nu se constata nici un deces prin cancer mamar ; între 1959 şi 1978 au existat 5 decese prin această cauză.

În perioada preneuroleptică, numărul deceselor prin cancere mamare este în deficit faţă de cel scontat, în timp ce în perioada neuroleptică el este în exces. Se mai remarcă oscilaţiile numărului total de decese de la un deceniu la altul. Ele explică de ce numărul scontat de decese prin cancer mamar pe baza deceselor prin toate cauzele, exceptînd cancerul mamar, diferă mai mult faţă de numărul observat, decît cel scontat pe baza deceselor prin alte cancere. În orice caz, din comparaţia directă a epocilor 1929—1958 şi 1969—1978, rezultă că diferenţele sînt sesemnificative statistic.

Aplicarea proporţiei decesului prin cancer mamar din populaţia generală este şi mai edificatoare, pentru deceniul 1959—1968, concordanţa fiind aproape perfectă, ceea ce denotă reflectarea fidelă a time-trendului cancerului mamar în România. Cu toate acestea, sîntem de părere să nu se administreze medicamente care cresc prolactina serică în cazul pacientelor cu cancere mamare. Pentru vărsăturile legate de radioterapie, în loc de proclorperazină (Emetiral) care creşte prolactina seric s-a propus ciclizina (Thorner et al, 1975).

Totalul deceselor se cifrează la 2168 pentru perioada 1925—1978.

După cum se constată, între 1925 şi 1960, principala cauză de moarte la schizofreni a fost tuberculoza, cancerul fiind o cauză de deces rară (2,12%) în acest grup diagnostic, ca de altfel şi în grupul psihozelor şi a celorlalte afecţiuni psihiatrice.

În epoca 1961—1978 letalitatea prin cancer a rămas practic la valorile din perioada 1925—1960 în cazul schizofrenilor. În schimb, în grupul psihozelor afective şi mai ales în grupul celorlalte boli psihice, ea a crescut vizibil.

În perioada 1961—1978, proporţia deceselor prin neoplazii maligne faţă de totalul deceselor în România a fost de 13,36%. În aceeaşi perioadă, la cei 937 bolnavi psihici decedați în Spitalul „Dr. G. Marinescu" proporția respectivă a fost de 7,04%.

Proporția deceselor prin cancer la schizofreni este mică, cu excepția grupei de vîrstă 35—44 ani la femei. In cazul psihoticilor afectivi, doar proporția deceselor prin cancer la femei surprinde prin valoarea ei redusă. Deși în mai puține grupe de vîrstă, proporții mici apar și în grupul tuturor categoriilor diagnostice psihiatrice, exceptînd schizofreniile și psihozele afective demențe, psihoze de involuție etc.

Reunirea tuturor bolnavilor psihici, indiferent de diagnostice, într-un singur grup, permite constatarea unor proporții surprinzătoare de mici în aproape toate grupele de vîrstă la femei și numai între 35 și 74 ani la bărbați.

Rezultatele noastre nu arată că neurolepticele ar favoriza dezvoltarea cancerului mamar uman. Deși relativ mic, lotul nostru de decese din epoca neuroleptică a inclus numai decese de schizofrenie și psihotice afective, bolnave care primesc cantități importante de neuroleptice. Mortalitatea prin cancer mamar în România este printre cele mai reduse din Europa, ceea ce poate explica numărul mic de cancere mamare observate de noi.

Rezultatele actualului studiu indică o frecvență scăzută a decesului prin cancer în special cînd se au în vedere toate decesele survenite la bolnavii mintali, indiferent de diagnosticul psihiatric, fapt ce apropie rezultatele noastre de cele obținute de Achtenberg et al (1978). Menționăm că spitalul „Dr. G. Marinescu" are servicii de obstetrică-ginecologie, radioterapie, neurochirurgie, medicină internă, servicii care au acordat și acordă asistență unui important număr de canceroși.

S-a afirmat că factorii de risc pentru cancer ar acționa mai puțin în spitalul psihiatric (Fox și Howel, 1974). Această ipoteză poate fi acceptată numai parțial, deoarece numeroși psihotici petrec mult timp în afara spitalului, iar o serie de factori de risc cum ar fi fumatul (Rassidakis et al, 1973) și alții (Weiss et al. 1977; Wynder și Gori, 1977; Brinton et al, 1979) sînt bine reprezentați și în cazul psihoticilor internați. De altfel, Achtenberg et al (1978) au constatat că intenționalizarea nu explică incidența scăzută a decesului prin cancer la bolnavii psihici, studiul lor cuprinzînd o întinsă zonă geografică.

Această corelație între bolile mintale și incidența scăzută a cancerului trebuie verificată prin noi studii. Natura ei este în prezent necunoscută.

Neuroleptics, well-known as stimulants of prolactin release, are suspected to increase breast cancer incidence. We have constructed a group of 853 female mental patient deaths using adequate criteria, from a total of 2168 deaths recorded in this hospital between 1925 and 1978. In this group, we found no association between neuroleptic treatment and breast cancer death.

Some workers found a low cancer incidence in mental disorders. With 2168 death certificates, we studied the available autopsy protocols (1444 complete autopsies). Death from cancer represented 1,94% from 1231 deaths recorded between 1925 and 1960. Death from cancer represented 7,04% from 937 deaths that occured between 1961 and 1978, as contrasted with 13,36% for the general population of Romania. (p 0.001). In this group, statisticaly seignificant lower cancer rations than in general population were found in age groups situated between 15 and 74 yr in women and between 45 and 74 yr in men. Further prospective investigations are needed. At present, the nature of this finding is unknown.

EFECTUL CLORPROMAZINEI ȘI HALOPERIDOLULUI ASUPRA REOLOGIEI ERITROCITARE

D. Costa, Marta Ghițescu, I. Marcu, I. Pascu, Emilia Costa, Maria Vlădescu, Elena Duță

— *București*

Bolile vasculare ocluzive se asociază frecvent cu o vîscozitate sanghină mult crescută (Dormandy et al, 1973; Lake și Dintenfas 1975î; Nicolaides et al, 1977). De obicei, hipervîscozitatea sîngelui coexistă cu o concentrație plasmatică ridicată a fibrinogenului și cu o accentuare a agregabilității eritrocitelor. Deformabilitatea eritrocitelor a fost găsită redusă în arteriopatiile periferice (Reid et al, 1976) și crescută în angina pectorală (Nicolaides et al, 1977). De asemenea, hematocritul cu valori mari ar putea juca un rol cauzal în creșterea vîscozității sîngelui (Thomas et al, 1977, Voiculescu et al. 1979), fapt ce pare să readucă venesecția în actualitatea terapeutică.

S-a încercat reducerea vîscozității sîngelui și prin intermediul unor medicamente (Rencucci et al, 1979). Clorpromazina se adaugă într-o importantă proporție de membrana eritrocitară (Bickel, 1975). Noi am presupus că fenomenul ar putea influența reologia eritrocitară. Prezentul studiu arată că tratamentul cu doze mici de clorpromazină scade agregabilitatea eritrocitară.

Pacienții luați în studiu (N = 58), tineri cu vîrste între 20—22 ani au fost internați în secția de Neuropsihiatrie a Spitalului Militar Central pentru diverse tulburări nevrotice (N = 42) și psihopatii (N = 16). Nici unul din acești pacienți nu a prezentat vreo acțiune somatică manifestă clinic. 18 dintre ei (31,03%) erau fumători.

14 pacienți au primit o doză unică de 1mg/kg corp clorpromazină (Plegomazin), i.m. Imediat înainte și la 30 minute după injecție s-au recoltat prin venepuncție 15 ml sînge pe citrat.

Alți 33 pacienți au urmat un tratament per os cu 75 mg/zi clorpromazină (Clordelazin), timp de 5 zile, iar 11 pacienţi au luat haloperidol (Haloperidol) per os, 3 mg/zi, 5 zile. În toată această perioadă alte medicamente nu au mai fost administrate. Înainte şi după tratament s-au recoltat 15 ml sînge pe citrat. Numerele înscrise pe eprubete au fost alese în aşa fel încît laboratorul să nu cunoască succesiunea reală a prelevărilor.

Testul de filtrabilitate eritrocitară (Teitel, 1965, 1967 ; Teitel et al, 1972) a fost efectuat la cel mult 2 ore după recoltare, în ambele sale variante şi anume FTU şi FTW. Varianta FTU măsoară filtrabilitatea eritrocitelor nespălate, oferind date privind agregabilitatea eritrocitară. Varianta FTW măsoară filtrabilitatea eritrocitelor spălate, dînd indicaţii asupra deformabilităţii eritrocitelor. Aspectele teoretice şi practice ale tehnicii, precum şi metoda matematică prin care se calculează indicele pT, au fost tratate pe larg de Teitel (1965, 1967). Valorile normale ale indicelui pT sînt pT FTU 0,90 ; pT FTW 0,80.

Semnificaţia statistică a diferenţei dintre valorile luate de indicele pT înainte şi după tratamentele efectuate a fost stabilită folosind testul t pentru eşantioane perechi (Armitage, 1971).

Doza unică i.m. de 1 mg/kg corp clorpromazină nu a influenţat semnificativ valorile pT FTU şi pT FTW respectiv agregabilitatea şi deformabilitatea eritrocitelor. Acelaşi lucru se poate spune şi despre tratamentul oral cu haloperidol, 3 mg pe zi, 5 zile. În schimb, tratamentul oral de 5 zile cu 75 mg/zi clorpromazină a determinat scăderea semnificativă statistic a pT FTU, deci a agregabilităţii eritrocitare ($t = 2{,}628$ $p<0{,}02$).

In cazul celor 16 pacienţi trataţi cu clorpromazină per os care au avut înainte de tratament o agregabilitate eritrocitară relativ mai mare (pT FTU$>$0,70), diferenţa tinde să fie şi mai semnificativă ($t = 3{,}1759$ $p<0{,}01$).

Din cei 11 pacienţi trataţi cu haloperidol, 8 au avut iniţial pT FTU$>$0,70, dar în cazul lor diferenţa nu este semnificativă (tabelul IV).

Pacientul tratat cu haloperidol la care pT FTU a crescut surprinzător la 1,32 a prezentat un sindrom parkinsonoid neobişnuit de intens pentru doza administrată. Sindroame parkinsonoide mai puţin intense s-au mai observat şi la alţi 2 pacienţi trataţi cu haloperidol. Tratamentul cu clorpromazină a fost bine tolerat.

Discuţii. Absenţa unui efect al clorpromazinei asupra reologiei eritrocitare la 40 minute după injecţia i.m. se explică probabil prin faptul că legarea medicamentului de membrana eritrocitară ar atinge proporţii semnificative doar în faza de platou (teadp-state).

Existenţa unui efect evident al clorpromazinei asupra agregabilităţii eritrocitare după 5 zile de tratament oral vine în sprijinul acestei presupuneri.

Absenţa unui efect al haloperidolului în acest model experimental s-ar putea explica fie printr-o legare puţin importantă a haloperidolului de membrana eritrocitară, fie prin faptul că efectul asupra reologiei eritrocitare, în cazul că există, ar apare la doze mai mari.

Nu ne putem explica creşterea indicilor pT la un pacient pînă la 1,32.

Agregarea şi sedimentarea eritrocitelor se realizează în urma unei interacţiuni dintre structurile glicolipidice ale membranei eritrocitare şi o serie de proteine plasmatice cu o mare afinitate pentru membrana eritrocitară (Märki, 1979). Aceste proteine plasmatice (fibrinogenul, Ig M, $_2$—macroglobulina) realizează punţi intereritrocitare. Probabil că legarea clorpromazinei de membrana eritrocitară diminuă formarea acestor punţi.

Agregabilitatea şi sedimentarea eritrocitelor depinde şi de forma lor (Märki, 1979). În cazul în care clorpromazina produce modificări ale formei eritrocitelor, ea ar putea reduce şi pe această cale tendinţa lor de a se agrega.

În concluzie, studiul nostru preliminar a arătat o reducere a agregabilităţii eritrocitare de către clorpromazină, în doze mici. Acest efect ar putea fi benefic în cazul unei vîscozităţi sanghine excesiv de mari.

Trebuie încercată replicarea acestor rezultate. De asemenea, ele trebuiesc replicate şi la pacienţi mai vîrstnici, cu creşteri evidente ale vîscozităţii sîngelui, ale agregabilităţii eritrocitare. Un asemenea studiu va trebui completat cu date privind vîscozitatea sîngelui, concentraţia plasmatică a fibrinogenului şi hematocritul. Nu este exclus ca şi alte medicamente să aibe un efect asupra agregabilităţii eritrocitelor.

We supposed that binding of chlorpromazine to red-cell membrane could influence red-cell rheology. Consequently, we studied red-cell agregability and deformability using a filterability test (Teitel P. Nature, Lond. 1965 ; 206 : 409—410 ; Teitel P. et al, Biorheology 1972 ; 9 : 164—165), in 42 male neurotics and 16 male patients with personality disorders, all aged 20—22 and with no clinicaly evident somatic illness. Determinations were done on a blind basis, before and 30 minutes after a single i.m. dose of chlorpromazine (1 mg/kg of bodp weight) in 14 patients, before and after 5 days of treatment with haloperidol 3 mg/day in 11 patients of with chlorpromazine, 75 mg/day in 33 patients, by mouth. Chlorprobazine reduced significantly ($p<0{,}02$) red-cell agregability after 5 days of oral treatment and the decrease is even more significant if patients with relatively higher baseline agregability (pT FTU$>$0,70) are considered ($N = 16$ $p<0{,}01$). These results are interesting for workers trying to find drugs that are capable to reduce the abnormaly high blood viscosity in occlusive vascular disease.

BOLILE NEURO-PSIHICE SÎNT ÎN FUNCŢIE DE ARGONIDE GRELE ?

D. Ionescu-Pantelimon
— *Bucureşti*

Rolul factorilor meteorologici şi metabolici în patologie a fost reliefat de cercetările făcute în ultimele decenii. Dar despre mecanismul patologic al schimbărilor meteorocosmice şi despre mecanismul prin care aceste schimbări influenţează metabolismul, literatura de specialitate este lacunară.

Deşi se cunoaşte că aerul atmosferic conţine circa 1% gaze inerte (argonide), că proporţia acestor gaze variază cu ora, ziua, anotimpul, altitudinea, adîncimea, latitudinea geografică, frecvenţa şi gradul de seismicitate şi cu ciclul de activitate solară, de 11 ani, că în funcţie de temperatura şi presiunea aerului atmosferic concentraţia lor în hidrosferă şi biosferă variază, şi că argonidele grele (argon, kripton, xenon, radon) edifică în biostructuri hidraţi cristalini-clatraţi (structuri în care moleculele de apă formează schelet de legături de hidrogen cu al gheţii), literatura de specialitate continuă să ignore rolul biologic (biostructural) al acestor gaze.

Lucrarea de faţă demonstrează multidisciplinar rolul relaţiei dintre carenţa de argonide grele în aerul atmosferic şi în apa biostructurilor, pe de o parte, şi tulburările metabolice descrise în bolile neuro-psihice, pe de altă parte.

Se cunoaşte faptul că au fost urmăriţi oameni cu echilibru stabil, internaţi în spitale neuro-psihiatrice, bolnavi de migrenă, epilepsie, schizofrenie, nevroze diverse, traumatizaţi psihic, debili mintali, excitaţi psihic, maniacodepresivi, psihotici cu degenerescenţe, tabetici, paralitici, foşti bolnavi de poliomielită şi meningită şi s-a constatat marea frecvenţă a agravării stărilor acestor bolnavi la diferite schimbări de vreme. Sensibilitatea biometeorologică a bolnavilor psihici a fost chiar denumită de unii autori ciclonoză, ciclonopatie, meteoronevroză sau meteoropatie, dar nici un autor, din cei pe care îi cunoaştem noi, nu a corelat aceste fenomene cu carenţa de argonide grele.

Din faptul că tulburările cerebrale apar concomitent cu creşterea lichidului interstiţial, cu creşterea concentraţiei de H+ liber (scăderea pH-ului) şi cu creşterea proteinemiei, am tras concluzia că toate acestea sînt o consecinţă a pierderii de argonide grele din cuprinsul componentelor celulare, fenomene care produc topirea apei legate, demolarea biostructurilor, accelerarea proceselor metabolice, creşterea gradului de entropie, creşterea temperaturii etc.

În sprijinul concluziilor noastre amintim, din literatura de specialitate, următoarele : Argonidele grele (argonul, kriptonul, xenonul şi radonul) au proprietatea de a se dizolva în apă (şi în apa organismelor), prin presurizare naturală, mai rapid şi mai masiv decît azotul şi oxigenul ; L. Pauling (1972) arată că argonidele au proprietatea de a edifica hidraţi cristalini-clatraţi ; Fernandez-Moran arată că apa în membrană este asemănătoare gheţii ; Zierler (1957) şi Richterich (1961) afirmînd că tulburarea primordială în distrofiile musculare progresive (DMP) e constituită de o permeabilitate exagerată a membranei musculare, conduc indirect spre concluzia că la baza acestui fenomen se află carenţa de argonide grele în membrană fapt care demolează structura cristalină a acesteia.

Principalele teorii patologice asupra DMP atribuie deficitul metabolic primar fie une modificări enzimatice, fie unei leziuni moleculare a proteinelor structurale muşchiulare, fenomene care, după părerea noastră, au la bază carenţa de argonide grele cu consecinţele ei : topirea clatraţilor din enzime şi proteine, cu trecerea apei din stare orientată (clatrat) în stare lichidă (apă liberă). Această concepţie a noastră este în acord cu ipoteza lui L. Pauling (1961) asupra efectului anestezic la unor microcristale de hidroxizi în jurul unor porţiuni, de mare importanţă funcţională, ale macromoleculelor proteice, în special ale celor enzimatice.

Modificările inflamatorii în măduva spinării, rădăcini nervoase, ganglioni spinali şi nervi periferici, semnalate de mai mulţi autori în SLA, sînt dovadă că în această boală ţesutul afectat a pierdut o parte din argonidele grele, gaze care au proprietatea de ordonatoare de structuri, proprietatea de extinctoare de energie termică în celulă.

Focarele inflamatorii, din scleroză în plăci, neregulat răspîndite în nevrax, pot fi atribuite carenţei de argonide grele, dacă se are în vedere proprietăţile antiinflamatorii ale acestor gaze.

Faptul că SLA are o incidenţă foarte mare, 420 la 100 000 de locuitori în insulele Mariane (Polinezia) şi faptul că SLA cu demenţă (complexul parkinsonian cu demenţă) are o frecvenţă de 1 : 1 000 în insula Guam şi cam 7% din populaţia chamaros, din această insulă, moare de această boală, îmbinat cu faptul că argonul este mai puţin concentrat în aerul latitudinelor geografice mici şi în localităţile aflate la mare altitudine, lasă posibilitatea să se presupună că aerul din atmosfera şi din apa potabilă a insulelor Mariane, insule înconjurate de groapa cu acelaşi nume, adîncă de cca 11 000 m, este foarte sărac, dacă nu cel mai sărac, aer în argonide grele.

Concepţiile actuale asupra conductibilităţii senzaţiei dureroase, după părerea noastră, ar trebui regîndite şi puse în acord cu ipoteza lui L. Pauling (1961) privind anestezia, cu legile clatraţilor de argonide grele, cu gradul lor de conductibilitate electrică şi termică, cu calitatea lor de „supapă“ de redresare a pulsaţiilor alternative în curent continuu, cu rolul lor de extinctor de energie termică etc.

Acţiunea unor practici terapeutice populare, cum este „dansul sfîntului Ion“, satirizat de Pieter Brugel (1569), citat de P. Brânzei (1979), ca şi acţiunea unor practici terapeutice religioase, cum este „apa aghiazmei de Bobotează“, regîndite prin prisma cunoştinţelor ştiinţifice actuale, ar putea fi argumente în favoarea concepţiei noastre intitulată: ARGONIDELE GRELE PREVIN ŞI TRATEAZĂ BOLI, dacă avem în vedere că ziua sfîntului (7 ianuarie) şi Boboteaza (6 ianuarie) sînt sărbătorite în mijlocul iernii, în perioada cu temperatura cea mai scăzută (gerul Bobotezei), cînd aerul atmosferic, cel dizolvat în apă, zăpadă, gheaţă şi în sîngele oamenilor conţine maximum de argonide grele; cînd animalele poikkiloterme şi hibernantele sînt încărcate cu argonide grele care le ţin în amorţire şi în hibernare.

Faptul, citat de literatura de specialitate, că în organismele animale, mai ales în sînge, s-a identificat argonul, şi faptul că simultan cu variaţia presiunii aerului atmosferic variază concentraţia proteinelor şi a argonidelor grele, va trebui să ne dea de gîndit că între componentele aerului atmosferic şi componentele gazoase ale mediului intern sînt relaţii de genul cauză-efect.

Faptul că în somnul hibernal tumorile canceroase se opresc din creştere şi dezvoltare; că în cursul hibernării are loc o creştere aparentă a activităţii pancreasului endocrin; că insulina este o proteină sub formă de cristale (deci bogată în argonide grele) şi faptul că numeroşs autori, citaţi de P. Brânzei (1979), au obţinut rezultate la bolnavii afectaţi de schizofrenie, ne încurajează în a insista în presupunerea noastră că argonidele grele ar putea avea un rol semnificativ în tratarea multor afecţiuni neuro-psihice.

CONCLUZII

Aerul atmosferic înconjurător şi cel dizolvat în lichidele celulare şi interstiţiale conţin argonide grele în proporţii care variază cu presiunea atmosferică;

Creierul conţine 77% apă. şi desigur o concentraţie oarecare de argonide grele participă la legarea (structurarea) acestei ape;

Cînd presiunea aerului atmosferic scade, în hipobarism, organismul, inclusiv creierul, pierde o parte din argonidele grele, prin efectul depresurizării naturale;

Factorii care fac să scadă concentraţia de argonide grele din celulă şi interstiţiu demolează o parte din hidraţii cristalini, topesc o parte din apa legată şi instalează entropii de grad patologic;

Încărcarea organismelor cu argonide grele, la valori normale specifice stării de sănătate, previne şi tratează bolile neuro-psihice şi în general bolile degenerative-consumptive, prin acelaşi mecanism prin care hibernarea le conservă.

OBSERVAŢII EXPERIMENTALE PRIVIND TRANSFERUL DE INFORMAŢIE BIOLOGICĂ LA DISTANŢĂ

D. M. Constantin
— *Bucureşti*

Lucrarea de faţă reprezintă încercările de verificare a existenţei unui canal de transmitere a informaţiei biologice folosit în natură, dar încă neexplorat.

Beneficiind de o întîmplare favorabilă, oferită în vara anului 1976, am cunoscut un subiect, capabil să recepţioneze mental, deci ne mediat de limbajul articulat, un mesaj transmis de orice persoană aflată în apropierea sa.

Primele experienţe au fost întreprinse numai de autor împreună cu subiectul şi fiica subiectului, medic. Pentru a evita orice posibilitate de autoînşelare am recurs într-o a doua etapă la un grup de specialişti în cibernetică, electronică precum şi medici foarte sceptici.

În cele ce urmează vom arăta cum a decurs experimentul.

Subiectul receptor a fost transmis cu unul din experimentatori la o distanţă apreciabilă de incinta în care se hotăra în mod obişnuit în absenţa sa mesajul care urma să fie transmis.

Grupul de experimentatori hotăra conţinutul mesajului şi persoana care va încerca să enunţe mesajul. Spre exemplu, primul mesaj a constat în incitarea de a delega subiectul receptor să efectueze la aparat un număr compus din trei cifre ales la întîmplare scris pe o hîrtie, de grup fără a fi pronunţat, după care hîrtia a fost distrusă imediat. Subiectul a fost apoi invitat în incinta în care se efectua experienţa. Din proprie iniţiativă acesta îşi astupa vederea cu o bandă de pansament şi intra automat într-o stare în care se semnala un ritm respirator aparte, profund. Miinile în general întinse iar din timp în timp atingeau fruntea şi mîna subiectului emiţător destinat să-i transmită mesajul care îi era indicat la începutul experimentelor. Este interesat de amintit că subiectul receptor afirma că poate recepţiona mult mai uşor dacă toţi participanţii se concentrau asupra mesajului. După un număr oarecare de repetări experimentale se dovedeau a fi mai uşor de realizat cu unii dintre subiecţi, fără ca aceasta să constituie însă o condiţie.

I s-au transmis în această manieră o serie de mesaje ca de exemplu găsirea unor obiecte ascunse, sau se cerea subiectului receptor să aducă emiţătorului un obiect de pe birou. Dese experimente de acest gen, cu o medie de execuţie de cca 5 minute au fost fără excepţie reuşite. Obiectele solicitate au fost stilou, siringi, ac, monezi, aparate închise în casete de piele, lemn, metal şi altele. Din experimentări se constată ca natura materialelor nu are nici-o importanţă.

Într-o a doua etapă i s-a cerut subiectului să execute diverse ordine ca gestul de a saluta, dezbrăcarea unui obiect vestimentar etc. Ordinele au fost executate. dar timpul de execuţie era cu atît mai lung cu cît ordinul era mai complicat. În cazul în care comanda dată era ambiguă, subiectul sfîrşea obosit şi iritat prin a spune „nu înţeleg". Exemplu din acest tip de experiment a fost la comanda mentală „Aşează-te ! Nu te aşeza !".

O altă serie de experimente a constat în testarea posibilităţilor de a executa acţiuni contrare raţiunii receptorului. I s-a comandat mai întîi să-şi arunce la coşul de gunoi pălăria. După cca 3 minute subiectul a aşezat pălăria pe un scaun. Intenţia subiectului nu ne-a fost clară. În acest sens i s-a comandat să arunce pe fereastră ciocanul nostru de reflexe. După ce l-a luat în mînă, a mers cu el pînă la fereastra care era deschisă şi a început să bată cu instrumentul în pervazul ferestrei. În această situaţie subiectul era cu faţa spre geam, iar emiţătorul la spatele lui, la uşă. Emiţătorul a repetat încontinuu în gînd „aruncă-l, aruncă-l". La un moment dat receptorul s-a întors brusc şi a întrebat: „chiar doriţi să-l arunc ? Cine vreţi să-l aducă înapoi ?" A fost un moment de mare destindere, sesizînd exact intenţia noastră şi absurdul ei.

Pe baza experimentului se pot face următoarele observaţii : subiectul a ocolit uşor toate obstacolele din cameră, deşi ar fi trebuit să nu le vadă ; toate obstacolele pînă la obiectul în cauză erau îndepărtate cu mare siguranţă ; subiectul cerea să i se indice mai degrabă impulsul mişcării decît fraze lungi (de ex. sus, jos, dreapta, stinga şi mai puţin „mergi la cuier şi adu-mi haina). Semnalul purtător de informaţie pare să fie foarte mic în raport cu zgomotul. Cînd transmit mai multe persoane experimentele decurg mai încet decît în cazul unei singure persoane.

În timpul experimentării s-au determinat TA, puls, rez. electrică şi EEG. Valorile pulsului şi cele ale presiunii arteriale au arătat modificări semnificative de mai înainte şi în timpul experimentului (tab. 1). Electroencefalograma arată înainte de experiment un ritm prevalent alfa, iar în timpul experimentului parazitat de mişcări. Au fost efectuate 16 experienţe cu rezultate deosebite, dacă avem în vedere că două experimente au fost transmise voit contradictoriu, iar subiectul le-a refuzat.

Din experimentele efectuate se desprind următoarele concluzii :

1. Este posibil transferul de informaţii de la un creier la altul pe un canal care nu poate fi încă atribuit cu certitudine unuia din organele de simţ cunoscute.

2. Transmiterea exclusiv mentală a unui mesaj între două creiere aflate la distanţă presupune un suport material, un cîmp energetic modulat în semnale purtătoare de informaţie. Trebuie să admitem deci ideea existenţei unui biocîmp generat de subiectul transmiţător şi decodificat de subiectul receptor. Consecinţa logică imediată este ideea că sub această perspectivă gîndurile noastre reprezintă o forţă materială exprimată prin energia emisă de creier şi modulată în semnale purtătoare de informaţie. Văzută astfel gîndirea nu ne mai apare ca o expresie abstractă a unui substrat material reprezentat de creier, ci produsul său material concret.

3. Dacă gîndul reprezintă o forţă materială, atunci apare evidentă posibilitatea de a exercita o dublă acţiune asupra omului : semantică şi energetică. În această accepţiune sugestia, unele practici terapeutice empirice, psihoterapia, ca şi relaţiile interumane etc., ne apar ca fondate pe un substrat material real.

4. Între semnal şi zgomot în procesul de transmitere a informaţiei pe cale mentală este un raport foarte mic : este nevoie de repetarea insistentă a mesajului pentru a obţine o bună recepţionare a sa. Informaţiile recepţionate în acest mod sînt de un ordin puţin elaborat : subiectul recepţionează mai repede impulsul unei mişcări comandate, decît sensul său semantic. Aceasta înseamnă că în decodificarea mesajelor sînt implicate structuri cerebrale arhaice, mai vechi filogenetic şi mai puţin structurile de achiziţie filogenetică recentă care servesc ca suport funcţiilor de analiză psihologică complexă.

5. Raportul semnal — zgomot fiind mic, deducem că medierea energetică a comunicării este o cale rudimentară la care natura a renunţat în momentul în care a apărut limbajul articulat ca o formă mult mai eficientă în acest sens. Ar putea fi folosită însă în lumea animalelor fără grai articulat, ca una din modalităţile de comunicare.

La om este posibil să persiste în stare latentă ca un fenomen atavic.

6. Autoinducerea unei stări intermediare de conştienţă constituie încă un argument pentru implicarea în acest fenomen de comunicare a usor nivele premergătoare stării de conştiinţă, adică la nivel de subconştient. Cenzura conştiinţei ne apare în acest caz ca un obstacol pentru accesul informaţiei. Pledează pentru aceasta şi facilitarea mai mare de a obţine comunicări mentale în timpul somnului, respectiv prin vis (S. Kripner) şi al hipnozei (L. Vasiliev).

7. Experienţele noastre au demonstrat că natura (metalică, luminoasă etc.) a materialelor implicate în experiment nu influenţează calitatea recepţiei.

8. Subiectul nu a executat nici unul din ordinele care păreau contrare simţului comun de apreciere. Cu alte cuvinte, nu am constatat, cel puţin în cazul studiat de noi, că ar fi posibil să se ajungă la executarea pe această cale a unor ordine contrare umanităţii.

Tabel nr. 1

Determinări efectuate în timpul experimentării cu subiect uman, de transmisie a mesajului

Nr. crt.	Specificaţie	Înainte de experiment	După experiment
1.	TA	140/80 mm Hg	180/95 mm Hg
2.	Puls	84/minut	120/minut
3.	R_1 (index) emiţător	350 K	75 K
4.	R_2 (index) receptor	280 K	64 K
5.	RVG 19	120 K	40 K

The purpose of our investigations was to check the existance of a canal that transmits the biological information used in nature, but still unexplored. Assisted by a group of multidiscipilnary investigators, the author carried out a series of transfer experiments of the information on a mental pathway at the distance. In order to receive the message, the subject entered a transitory state to narrow the field of conscience.

Several psysiological indexes were studied ; they were significantly modified as regards the previous state of the subject (arterial pressure, pulse, electric conductibilitq, mutante electoencephalography).

The analysis of results lead to the conclusion that the transfer of information is possible from one brain to another on a canal that can not be ascribed to an already known sensible organ.

The transmission of a message, the mental one included, supposes a material support, modulated energetic field, in signal carries of information.

The experimental modalities are widely expressed in the paper.

ASPECTE BIOFIZICE ÎN PSIHOTRONICĂ

E. Celan
— *Bucureşti*

Foarte puţine sînt ştiinţele care să fi fost supuse unor dezbateri atît de contradictorii ca cele în care a fost şi este implicată psihotronica. Situaţia oarecum paradoxală a acestei ramuri de investigaţie, la nivelul căreia fac joncţiune o serie întreagă de discipline ca fiziologia, psihologia, biofizica, biochimia, fizica atomică, a plasmei, corpului solid şi cea cuantică, electronica, electro şi geomagnetismul, fitofiziologia, informatica. cibernetica. termodinamica. statistica. astrofizica, genetica — pentru a nu enumera decît unele din ele — se datorează în mare măsură unor aspecte de inadecvare a metodologiilor şi strategiei de investigare. Şi nu în ultimul rînd secretului care planează asupra programelor de cercetare, cu care investigatorii posesori de resurse în această direcţie îşi învăluie activitate.

Aspectele inedite pe care fenomenologia psihotronicii le-a abordat încă de la originile sale şi anume efecte ce intrau pe atunci în sfera de interes a psihologiei — la acea vreme încă în epoca de copilărie a dezvoltării sale — au făcut ca disciplina nou conturată să fie ataşată acestei ramuri a ştiinţei. Pentru a-i defini personalitatea, taxonomia acelor vremuri a ataşat particula *para* denumirii disciplinii deja existente, psihotronica apărînd clasată sub denumirea de *parapsihologie*. Faptul în sine nu ar prezenta decît un interes de natură istorică, dacă această particularitate semantică, într-un fel nefericit inspirată, nu ar fi fost o continuă sursă de dispute duse de cele mai multe ori în plan gnoseologic. Partizanii curentelor agnostice au căutat să speculeze parapsihologia, tocmai pornind de la prefixul „para", asigurîndu-i ab initio, funcţii „oculte".

În tabăra oponenţilor acestora, trecîndu-se cu uşurinţă peste natura primordial şi esenţialmente (bio) fizică a fenomenelor şi neluîndu-se în consideraţie servituţile induse experimentărilor de instrumentaţia utilizată, foarte precar dezvoltată, vocabula oferea argumente cvasiperemptorii pentru condamnarea şi etichetarea disciplinei drept idealiste, pierzîndu-se o bătălie fără ca măcar să o fi început. De altfel, situaţii similare ne-au fost oferite nu arare ori de istoria ştiinţelor. Cazul ciberneticii şi al geneticii perioadei anilor 50 este cît se poate de recent şi poate, concludent.

Examinînd lucrurile însă din punctul de vedere al interesului major cu care o ramură de cercetare trebuie privită ca armă de investigaţie în cunoaşterea ştiinţifică a lumii materiale şi ca un corolar, al aplicaţiilor practice pe care le poate aduce în patrimoniul dezvoltării unei naţiuni, este bine să ne aducem aminte de tardivele regrete ale lui Napoleon : „Mi-am pierdut coroana, atunci cînd Tuileries, l-am alungat pe acel om numit Fulton". Problematica atinge aici largi sfere de interes, începînd cu cele ale teoriei generale a cunoaşterii, abordează domeniile biologiei generale şi sănătăţii, ale tehnicii şi tehnologiilor, terminînd cu cele ale energeticii şi apărării. A respinge cuceririle făcute pînă acum în acest domeniu, pentru simplul motiv că pe calea spinoasă a investigaţiei naturii au fost urmate şi căi care în final s-au dovedit a fi blocate, s-au pentru argumente de natură semantică — care în fapt ascund, datorită necunoaşterii — teama adoptării unei poziţii materialist-dialectice — echivalează cu respingerea achiziţiilor medicinii actuale motivat de faptul că la originea sa au stat practicile empirismului medicinii populare, sau a respingerii chimiei pentru că la originea sa a stat alchimia şi căutarea pietrei filozofale.

Din acest punct de vedere, rămîne de necontestat faptul că savanţi al căror aport la dezvoltarea ştiinţei a fost major, iar pe planul concepţiilor ideologice s-au situat ferm pe poziţiile gnoseologice ale recunoaşterii numai a faptelor ce pot fi ştiinţific demonstrate, au cultivat ca preocupare majoră investigarea şi elucidarea unor întregi serii de fenomene psihotronice. Crooks, Charles Richet, Claude Bernand, Pavlov, Secenov, Behterev, Rutherford, Charcot, Gurvici, Tesla, Crawford, este numai o foarte scurtă serie de nume dintre personalităţile ştiinţifice care au abordat nemijlocit psihotronica. Prin natura fenomenelor pe care psihotronica le investighează, au fost deschise noi capitole în fiziologie. Mai mult chiar, implicaţiile pe care această disciplină le ridică, ţin de rezolvarea unor probleme majore cu care este confruntată în prezent omenirea, atît în planul cercetării ştiinţifice fundamentale actuale, cît mai ales în cel al rezolvării unor dileme fundamentale actuale : criza energetică, foametea, flagelul unor boli. Chiar şi un sumar inventar al acestor probleme ocupă un areal deosebit de larg. Capitolul său cel mai vechi, este desigur cel al manipulării bioinformațiilor în structurile biologice în general superior dezvoltate, la care funcțiile de transfer se etalează într-un prim plan. Aici se înscriu efectele cunoscute în general sub denumirea de telepatie, hipnotism, precogniție, clarviziune. Investigarea acestui grup de fenomene, biofizice prin natura producerii lor, este îngreuiată de un aspect cu care alte ramuri ale telecomunicațiilor nu sînt confruntate. Este vorba de faptul remarcat că față de cunoașterea relativă a mecanismelor desfășurate la emitor și receptor, substratul purtător de semnale nu este încă cunoscut. Această servitute nu a oprit însă demararea unor asidui investigații în problemă, între care cele mai cunoscute sînt relativ recentele cercetări ale lui Puthoff și Targ, programul aferent zborurilor „Apollo", cît și mai vechile experiențe americane ale programului „Nautillus" și similarele lor din alte țări.

Cercetări în această direcție, efectuate încă din perioada anilor '30 de către Cazzamalli în Italia, urmăriseră descifrarea mecanismelor transferului de bioinformații la nivelul sistemului nervos central la om, în spectrul de radiații electromagnetice ale domeniului de radiofrecvență. Aceleași preocupări au fost abordate de școala lui Behterev, care în lucrările efectuate împreună cu Durov, a studiat în plus și interferența transmisiei de bioinformații la distanță, de la om la cîine. Cultivînd preocupări și într-un plan similar, Gurvici descoperise în decada '30 emisiunea radiației denumite de el mitogenetice, apărute în procesul diviziunii cariochinetice și pe care Rahn a determinat-o ca fiind produsă în domeniul U.V. Cercetările mai recente ale lui Kaznaceev, au extrapolat aceste lucrări, demonstrînd că nu numai procesul de diviziune cariochinetică, ci și subtile mecanisme patogenetice pot fi induse la distanță, pe calea exclusivă a unui transfer de informații biologice pe canalul purtător al radiației U.V. Fenomenul descoperit de Kaznaceev și colaboratorii săi și denumit de ei „efect citopatic în oglindă", se impune alături de constatarea variației cantitative a radiației Gurvici determinată în sîngele de om normal, senil și cu neoplazii, sub aspectul elucidării complexului angrenaj de mecanisme patogenetice ale malignizării.

În cadrul aceluiași capitol trebuie desigur reținute descoperirile psihotronicii care vin să deschidă drumuri nebătătorite în fiziologie.

Este vorba în primul rînd de fenomenul demonstrat dar neabordat de fiziologia clasică a vederii, al „anterroproecției" oculare. Aprofundarea studiilor privind radiația mitogenetică, a arătat că ochiul are capacitatea nu numai de a recepta lumina, ci și de a o emite într-o bandă spectrală caracteristică, capabilă să impresioneze emulsiile fotografice. Cercetările efectuate pe parcursul a 90 de ani, începînd cu lucrările lui Grin din 1889, privind „psihofotografia" și care cu toate demonstrațiile făcute de Fukurai în 1931, fuseseră privite cu indiferență, au arătat posibilitatea fotografierii cu aparate uzuale, a halucinațiilor vizuale apărute în psihonevroze. (Kroholev 1977). S-au pus astfel la îndemîna psihiatriei noi posibilități de investigare clinică și de obiectivare a diagnosticului. În aceiași ordine de idei trebuie menționate lucrările privind interacțiunile de același tip, intervenite între structuri biologice foarte îndepărtate pe scara filogenetică : om — plante. Încă din perioada 1920, J. Bose demonstrase existența biocurenților la plante, ca și marea reactivitate a structurilor vegetale la diverși stimuli, evocată prin fluctuațiile acestor biocurenți. Cel care descoperă însă interferențele cîmpurilor electromagnetice generate de om cu cele ale plantelor, a fost americanul polițist de profesie Cleve Backster. Lucrările lui, confirmate printre altele în Bulgaria de către Atanas Smilov, și foarte recent în România de către M. Godeanu și D. Constantin, au demonstrat capacitatea unor plante de a evidenția printr-o funcție de senzor și traductor, diferitele stări fiziologice de la limita vieții ale unor animale inferioare cît și a celor afective ale omului. Ceea ce surprinde în cazul omului, este însă faptul că aceste manifestări pot fi decelate la distanțe foarte mari, ca de exemplu între Praga și New York.

Un alt capitol al investigației psihotronice este cel legat de mecanismele transferului energetic între structurile biologice. Actualitatea lui merită poate a fi subliniată în contextul actualei crize energetice, pentru simplul motiv că descifrarea intimității acestui tip de procese, poate duce la relevarea unor surse noi, neconvenționale de energie. De altfel în R.S.C. sînt în curs lucrări privind crearea unui motor bazat pe principii psihotronice. Cercetătorii cehi, au realizat de mai multă vreme (R. Pavlita) modelul unui astfel de mecanism, care a putut fi văzut în funcție și la București, în cadrul lucrărilor Congresului INTAC '77.

Faptul că organismele biologice au o structură fizică și una energetică, intricate, a fost demonstrat prin lucrările de electrografie în efect Kirlian. Identificarea configurației spațiale ocupată de structura energetică a organismului, chiar și după ablația unei părți anatomice a acestuia, a fost pusă în evidență la plante. Lucrările prof. Sedlak de la Universitatea dis Lublin, ale doctorului Adamenco, a grupului de cercetători de la Universitatea din Alma-Ata (Iniușin și co.) ale prof. Tarusov (Moscova) ale prof. W. Tiller de la Standford University ș.a. au arătat că la baza acestor fenomene se află agregarea materiei vii sub forma denumită bioplasmă. Bioplasma se traduce în planul său energetic de manifestare, sub forma unor proprietăți de cîmp, generatoare de efecte cunoscute sub denumirea genetică de biocîmp. Efectele de biocîmp sînt evocate în domeniul electromagnetic, electronic, magnetohidrodinamic, sonic, gravitațional și foarte probabil în interacțiuni de tip neutrinic (Dubrov, Rudefer). Într-un plan mai general, această problematică este legată de interacțiunea organismelor umane cu radiațiile cosmice. Legătura dintre organismele biologice și activitatea solară este arhicunoscută. Mai puțin cunoscută este însă această interacțiune cu radiația cosmică fundamentală, ca și capacitatea intrinsecă organismului uman de a modifica distribuția ei spațială. Lucrările prof. Vasiliev efectuate pe durata mai multor ani și în zone geografice întinse din Artica pînă în Antartica, au arătat faptul că sistemul nervos central al omului, are capacitatea de a produce disturbații în cîmpul radiației cosmice fundamentale, provocînd într-un spațiu de aproximativ 1 m diametru, concentrări ale acestora în special pe direcția axului optic.

Măsurători efectuate în săli de operații goale și în timpul actului operator, au arătat prezența acestor disturbații, induse de pacienții operați.

Cercetări extrem de precise efectuate de o echipă condusă de R. Dobrin, au arătat că organismul omului emite cca 180 fotoni/sec./cmp de suprafață.

Cercetări românești de electronografie au obiectivat disparitatea spectrului de emisiune o radiațiilor electromagnetice a organismelor biologice: extremitatea cefalică a corpului șoarecilor emite predominant în albastru, în timp ce partea caudală emite în roșu. Aceste cercetări trebuie subliniate nu numai pentru că ridică problema unor stări disipative energetice, ci mai ales prin aceea că pun problema unor interacțiuni posibile între biocîmp și cîmpurile energiilor cosmice. De altfel modelele teoretice ale posibilei interacțiuni între sistemul nervos central uman și radiați neutrinică au și fost elaborate. În același context trebuie desigur amintit de cercetările lui C. Kervran privind transmutațiilor atomice la slabă energie ce s-ar produce în organismele biologice. Fără a fi fost confirmate, ele nu au fost însă pînă acum nici infirmate.

Nu mai puțin interesante apar și fenomenele derulate într-un plan în principal mecanic. Cunoscute sub denumirea de fenomene telekinetice, ele constau în modificarea poziției spațiale a unor obiecte fizice inanimate, utilizînd energia biocîmpului, pe calea provocării unor perturbații ale cîmpului grific. Suita de efecte de levitație, intens studiată de prof. Pușkin, ridică nu numai aspecte teoretice — tratate de altfel în teoria biogravitației elaborată de Dubrov — ci implică mecanisme de a căror descifrare este legată potențiala rezolvare a unor noi principii de construcție a aparatelor de zbor.

Această sumară și foarte incompletă trecere în revistă a sferelor de preocupări ale psihotronicii, trebuie completată cu contribuțiile școlii românești. Sînt de reamintit preocupările ținînd de domeniul biogravitației ale lui H. Coandă. Concepția biostructurală, elaborată de acad. E. Macovski, se înscrie în același plan al rezolvărilor fundamentale teoretice. Cercetările privind manipularea bioinformațiilor de către structuri biologice în interacțiune cu substraturi iradiate în spectrul monocromatic de 546 mm sînt cunoscute sub denumirea de efect Comoroșan. Cercetările privind transmiterea informațiilor pe calea unor purtătoare de joasă frecvență aparținînd prof. Cartianu, ridică într-un cadru mai larg problema interferențelor cîmpului electromagnetic disipat la nivel cerebral cu cea a pulsațiilor cîmpului geomagnetic terestru, în plaja zonei de rezonanță Schuman. Sînt de notat preocupările privind prospecțiunile geologice bazate pe efect radiestezic (A. Apostol, Fl. Dumitrescu), studiile privind vehicularea informațiilor biologice la distanță, efectuate în cadrul școlii de la Socola condusă de prof. P. Brânzei și mai vechile cercetări similare ale Dr. Levon iMrahorian și Dr. V. Mușatescu ca și cele privind factorii genetici în transmisibilitatea facultăților psihotronice aparținînd lui J. Mikles. În planul unor noi tehnici de investigație biologică și cu aplicativitate medicală, se înscriu cercetările de electronografie și spectroscopie electronografică în domeniul X.

Localizînd sfera acestor preocupări la implicațiile majore pe care Programele aprobate de cel de al XII-lea Congres le ridică în fața noastră, la indicațiile Secretarului General al Partidului date cu privire la dezvoltarea cercetări în țara noastră, explorarea vastelor domenii ale psihotronicii apare imperios și urgent necesară, în scopul aducerii de noi contribuții la progresul societății noastre. Cîndva, H. Yukawa spunea că „Natura este simplă în esența ei". Problema din acest punct de vedere, — și ea simplă în aparențele ei — constă doar în a-i descoperi această esență.

ROLUL FACTORILOR GENETICI ÎN STRUCTURAREA COMPORTAMENTULUI UMAN

V. Astărăstoaie, M. Covic
— *Iași*

In epoca noastră aportul geneticii atît pe terenul teoriei cît și al practicii diagnostice și terapeutice a devenit un fapt incontestabil astfel că referirile la achizițiile acesteia sînt tot mai frecvente și mai pertinente acoperind întreg domeniul științelor medicale. Par justificate deci încercările ce se fac de a evalua aportul factorilor genetici în structurarea comportamentului uman și implicit rolul acestora în devianță.

Inainte de a aborda acest subiect cîteva aspecte trebuiesc lămurite. Dacă definim comportamentul ca „ansamblul acțiunilor și relațiilor unui individ în procesul de adaptare la mediul natural și social precum și de adaptare a acestui mediu la nevoile proprii" (Kriendler, Apostol 1976) atunci în mod obligatoriu trebuie subliniat faptul că această expresie vectorială dintre subiect și mediul său de existență se relevă ca o rezultantă a trăirilor sale determinate de interferența factorilor bio-psihosociali.

Este astăzi un fapt de certitudine că fiecare ființă umană reprezintă o configurație genetică *nouă*, *uni-*

că, *constantă și nerepetabilă*, configurație ce determină programul evoluției ontogenetice și individualitatea biologică ; ambele fenomene sînt puternic influențate de factorii de mediu (eco-socio-culturali) astfel că în final omul se prezintă ca o rezultantă a interacțiunii permanente dintre cele două „forțe" — ereditate și mediu — forțe ce condiționează ansamblul structurilor și funcțiilor sale vitale inclusiv comportamentul.

Altfel zis, pentru caracterele cu determinism plurifactorial (și comportamentul uman face parte dintre acestea) constituția genetică particulară a fiecărui individ determină răspunsul diferit al organismelor la acțiunea mediului, determină o *predispoziție*, predispoziție ce devine realitate doar la intervenția factorilor de mediu (Fig. 1).

Noțiunea de „predispoziție genetică" converge și se completează (în cadrul interacțiunii complexe Ereditate — Mediu) cu cea de „normă de reacție" comportamentală. Ereditatea determină *limita superioară* pînă la care se poate dezvolta un caracter. În funcție de intervenția factorilor de mediu (favorabil sau nefavorabil) această limită poate sau nu să fie atinsă, însă în nici un caz nu poate fi depășită.

Fig. 1. Predispoziția genetică și norma de reacție

Se știe că relația genotip-fenotip este o relație cauzală ; ea *nu este totală* deoarece unele elemente din genotip nu se manifestă întotdeauna fenotipic (stare de recesivitate) după cum fenotipul nu este integral determinat de genotip (caractere determinate de mediu).

În acest lanț cauzal mediul (pentru om în special mediu socio-cultural) poate interveni prin modularea între anumite limite a expresiei fenotipice a genotipului. Un același genotip nu determină un singur fenotip ci o varietate de fenotipuri specifice diferitelor medii ; genotipul conferă deci organismului „o normă de reacție" la mediu ecologic și socio-cultural.

„Genotipul este „partitura" iar fenotipul este „simfonia" pe care noi o auzim, marcată de personalitatea șefului de orchestră, minunată sau fără strălucire după calitatea executanților" (A. Jaquard).

În sfîrșit trebuie să reamintim o noțiune de domeniul clasicului și anume că termenul de genotip poate fi substituit de însăși substratul material, molecular al acestuia — ADN-ul, iar caracterele fenotipice de proteine (de structură sau enzime).

În acest mod relația genotip-fenotip devine ADN — proteine.

Comportamentul uman, rezultat al unor procese psihice variate și complexe ce se desfășoară la diferite nivele ale creierului, clasificat în reactiv, situativ și anticipativ are un determinism poligenic și multifactorial.

Intervenția factorilor genetici se manifestă în :

— determinarea dezvoltării și diferențierii morfofuncționale a structurilor nervoase — fapt ce influențează în mod direct comportamentul ; — determinarea „predispoziției genetice" și a „normei de reacție" (în special limita superioară pînă la care se poate structura un comportament) ; — inducerea sintezei unor proteine ce au rol în realizarea unor reacții comportamentale și în feed back-ul comportamental.

Complexitatea edificiului anatomic tridimensional al SNC uman nu credem că mai trebuie subliniată. Ceea ce trebuie subliniat este faptul că integritatea sa anatomică și funcțională constituie o condiție sine qua non pentru homeostazia comportamentală.

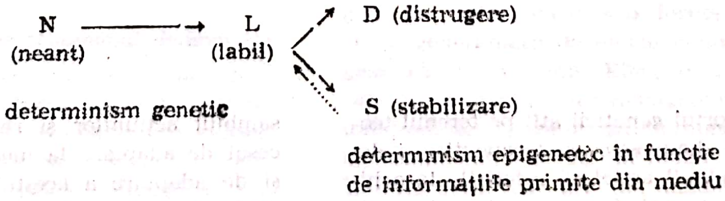
Cercetările cele mai recente demicrofiziologie (Soulairac 1979, Meyerson 1979, Berman 1979 etc.) au arătat că există o strînsă relație între activitatea centrilor cerebrali și comportament, că specializarea funcțională există atît la nivel celular cît și la nivel sinaptic. În general, toate actele de comportament se însoțesc de modificarea statutului funcțional al celulelor nervoase și al sinapselor ; dar pentru fiecare act de comportament în parte există o specificitate ce rezidă din populația particulară de celule recrutate și de sinapsele interesate din vasta rețea nervoasă.

Dezvoltarea SNC cuprinde trei etape distincte (Berman 1979) : — diferențierea celulară neuronală în cursul ontogeniei ; — stabilirea principalelor categorii de contacte sinaptice ; — stabilizarea selectivă postnatală a unora din aceste contacte funcție de stimulii și informațiile integrate de ființa umană din mediul său de existență.

Primele două etape sînt sub un control strict genetic, urmînd un program bine stabilit.

Cea de a treia etapă, într-o ipoteză a lui Danchin și Changeux (1978) apare ca o interacțiune a programului genetic cu mediul de dezvoltare (modulare epigenetică — ecologică).

Sinapsele ar fi capabile să evolueze între 4 stări (după Berman 1979) :


N
(neant)
L
(labil)
D (distrugere)
S (stabilizare)
determinism genetic
determinism epigenetic în funcție
de informațiile primite din mediu

Existența unei reglări negenetice (epigenetice) a acestei etape selective trebuie fără îndoială admisă din considerente teoretice și experimentale.

Din considerente teoretice deoarece numărul sinapselor din SNC (un neuron are în medie 10^4, SNC în totalitate 10^{14} sinapse) depășește numărul total de gene aflate în nucleul celulei umane ; ori specializarea extremă a sinapselor ar necesita o genă reglatoare pentru fiecare din ele, lucru practic imposibil.

Din considerente experimentale, deoarece privarea senzorială a demonstrat că sinapsele și neuronii legați de organul de simț privat au fost distruse. Aceleași experimente au arătat existenţa unei anumite „perioade critice" (cînd intervenţia mediului are efect), perioadă caracteristică pentru fiecare specie şi tip de informaţie de unde concluzia că şi în „indeterminismul genetic" al reglării epigenetice există limite impuse de programul genetic.

Am subliniat mai devreme că proteinele (de structură sau enzime) reprezintă expresia fenotipică a fiecărui genotip.

In cercetarea unui caracter deosebit de complex, care dă specificitate fiinţei umane, cum este comportamentul, este dificil, practic imposibil în prezent, a stabili cu certitudine ce porţiune din ADN, ce genă sau ce gene determină o anumită reacţie comportamentală şi unde se găsesc acestea localizate. Chiar dacă unii autori (citaţi de P. Rossion, 1979) declară că au descoperit genele comportamentului acest aspect este încă controversat.

Iată de ce, din raţiuni teoretice şi practice, în analiza influenţei factorilor genetici, cercetările se axează pe studierea rezultantei acţiunii genotipului şi anume proteinele.

Genele determină sinteza unor proteine de structură, a enzimelor, hormonilor, şi a proteinelor receptoare.

Proteine de structură intervin în stabilirea arhitectonicii SNC-ului.

De o actualitate deosebită este acţiunea hormonilor şi a proteinelor receptoare. Intenţia noastră nu este de a trece în revistă toate elementele privind această acţiune (foarte numeroase şi uneori contradictorii) cît de a consemna cîteva aspecte esenţiale, certe şi anume :

— rolul hormonilor (la nivelul creierului şi a altor ţesuturi) în structurarea unui anumit comportament ;

— interrelaţia hormoni—comportament agresiv.

P. J. P. Slater (cit. Magrini) observă că efectele induse în comportament de către hormoni se manifestă în final la nivelul SN.

Posibilitatea cea mai simplă este că hormonii au un *efect central*, stimulînd direct celula nervoasă a creierului, dar pot avea şi *efecte periferice* prin creşterea sensibilităţii locale la diferiţi stimuli exo şi endogeni. Hormonii îşi încep acţiunea precoce, în perioada fetală şi neonatală pentru a o continua pe întreg parcursul vieţii individului.

P. F. Brain (1978) făcînd o excelentă trecere în revistă a efectelor expunerii prenatale la diferiţi hormoni privind dezvoltarea fizică şi psihologică a omului şi a altor organisme infraumane, pe baza studiilor lui Sheridon, Sor, Stumpf (1975) Ohno, Westley, Salaman (1976), Greenough, Carter, Steerman, De Voogd (1977) conchide că această manipulare hormonală este cauza unei profunde alterări a comportamentului, a morfologiei neurale, a neurotransmisiei.

Dintre cele mai cunoscute acţiuni este cea a hormonilor androgeni (în perioada fetală 1.VII—VIII la om sau neonatal la animalele cu gestaţie scurtă) în diferenţierea sexuală a creierului. Cunoştinţele actuale indică că testosteronul fetal de origine testiculară este cel care diferenţiază sexual atît organele genitale interne şi externe cît şi creierul. Acest hormon după ce străbate membrana celulei ţintă (în cazul nostru celula SNC) se metabolizează pe calea 5 reductazei în 5 DHT de o manieră ireversibilă. După Larsson (1919), Beyer (1979), Gabriela Morali (1979), Magrini (1979) DHT se cuplează cu o proteină receptoare, proteină sintetizată de gene aflate pe cromosomii celulei ţintă. Acest complex format străbate membrana nucleului şi printr-un situs efector determină activarea unei porţiuni din ADN, ce comandă sinteza unor inductori de masculinizare a creierului. După unii autori perturbarea acestui mecanism ar fi la originea unor tulburări de comportament sexual (homosexualitate, transsexualism etc.).

Postpubertal hormonii steroizi au rol, în expresia comportamentului sexual specific diferenţierii creierului. Testosteronul în această perioadă urmează în celula ţintă calea aromatică de metabolizare (abandonînd în mare măsură calea 5 reductazei) — produşii finali avînd rol de declanşatori ai comportamentului sexual specific.

In ultimii ani s-a studiat şi influenţa altor hormoni asupra comportamentului.

Hormonii hipotalamcii pot acţiona indirect (prin modelarea sensibilităţii neuronale la stimulii endo şi exogen şi influenţarea producţiei de hormoni gonadali şi adrenali — implicaţi în diferite modele de comportament) şi direct asupra SNC.

Celula nervoasă este sensibilă şi la acţiunea unor alte neuropeptide (ANG, VIP, GAS, LPH etc.).

B. J. Meyerson (1979) sintetizînd cunoştinţele acumulate pînă în prezent arată relaţiile intime dintre factorii de mediu, neurosecreţia hipotalamică, hormonii gonadali, pituitari, periferici (a căror sinteză este determnată genetic) şi comportament.

Unele peptide (de ex. TRF) au efecte nespecifice în timp ce altele (LHRH, Angiotensina II, fragmente ACTH/MSH, vasopresina, endorfina etc.) au o specificitate bine determinată cum ar fi de exemplu asupra proceselor mintale de vigilenţă, atenţie, învăţare etc.

Se cunoaşte de asemenea influenţa norepinefrinei, dopaminei, MAO, serotoninelor cerebrale (toate sintetizate tot după un program genetic) asupra activităţii cerebrale.

Cît priveşte relaţia hormoni-comportament agresiv aceasta a fost îndelung discutată în literatura de specialitate.

Hamburg şi Lund (1966) studiind funcţia endocrină şi răspunsurile afective la bărbat sugeră o relaţie între axul pituitar — testicular şi ostilitatea, mînia, comportamentul agresiv.

In 1971 Brain atrage atenţia asupra posibilităţii intervenţiei axului pituitar — adreno-cortical în comportamentul agresiv.

Kreuz şi Rose (cit. Bell 1976) fac o corelaţie între variaţiile nivelului plasmatic al testosteronului şi caracteristicile psihologice (în special agresivitatea) la o populaţie din închisori.

Brain (1978) abordînd acest subiect conchide pentru o intervenţie a hormonilor în agresivitatea umană, dar atrage atenţia asupra influenţei de necontestat a mediului social şi a culturii.

Se observă deci că în comportamentul reactiv şi situativ intervenţia factorilor genetici este directă şi pregnantă. Aceasta nu înseamnă însă că un comportament anticipativ (strict specific omului) nu se găsește deloc sub influență genetică. Numai că aceasta este mult mai discretă și se realizează prin mecanisme fine și de o suplețe deosebită ce se modulează permanent funcție de informațiile integrate. La acest nivel rolul preponderent îl are mediul socio-cultural ce acționează pe terenul individualității genetice.

Rovet și Netley (1979) insistă asupra posibilităților cognitive ce sînt determinate genotipic.

Un alt exemplu îl constituie comportamentul determinat de elemente semantice — sintactice. Cercetările psihofizologice, psiholingvistice, citate de Heinen și Stafford (1979) remarcă rolul predispoziției genetice ce facilitează generarea „regulilor" necesare pentru manipularea de simboluri, reguli ce sînt generate de mediu socio-cultural.

Astfel cimpanzeul poate achiziționa un discret limbaj artificial pe cînd copilul crescut singur (în afara grupului uman) nu dezvoltă o vorbire articulată. Dacă însă un astfel de copil este crescut într-un grup cu alți copii — chiar izolați de experiența umană anterioară (de ex. „copii sălbatici") — ei își vor dezvolta un sistem de simboluri cu regulile sale, un adevărat „limbaj". Rezultă că pentru cimpanzeu limbajul „artificial" constituie un reflex condiționat pe baza căruia dezvoltă un comportament reactiv în timp ce pentru om semantica are o valoare simbolică pe baza căreia își poate „pregăti" reacția comportamentală. *Diferența calitativă genetică* pusă în evidență și de alte experiențe diferențiază comportamentul uman de cel al altor primate și îl face sensibil la elementele educației, artă, știință; totodată programul genetic determină și „perioada critică" în care organismul este cel mai sensibil la aceste influențe.

In sfîrșit trebuie amintite studiile asupra gemenilor (cu calcularea coeficientului ereditar), anchetele familiale, studiul geneticii bolilor psihice, analiza unor sindroame cromosomice (de ex. 45, XO, 47 XYY, 47, XXY) ce se însoțesc de modificări comportamentale, elemente devenite deja clasice și care aduc argumente pregnante pentru intervenția factorilor genetici în structurarea comportamentului uman.

Concluzii: Factorii genetici intervin indiscutabil în structurarea comportamentului uman. Această intervenție se manifestă prin structura genetică particulară fiecărui individ care condiționează „norma de reacție" la mediu, prin programarea mecanismelor de „feed back" precum și prin sinteza proteinelor de structură, a enzimelor și a proteinelor receptoare.

Influența factorilor genetici este strictă, rigidă și pregnantă asupra comportamentului reactiv și situativ, plastică și discretă pentru comportamentul anticipativ; ea se manifestă la toate nivelele într-o strînsă corelație cu factorii de mediu.

Starting from a well-established fact, namely that each human being shows a new unique, constant and irreversible genetic configuration („genetic individuality"), the paper reveals that the way in which human behaviour is structured is the resultant of the continuous interaction between heredity and eco-socio-cultural environment.

In this context the notions of „genetic predisposition" and norm of behaviour reaction" are discussed pointing out that genetic individualitq establishes „the superior limit" up to which somebody's character can develop under the conditions of favourable environment.

The classical studies about twins, family inquests, some chomosome syndromes (47, XYY, 47, XXY, 45, XO etc.), are elements which bring forth arguments favouring the interference of the genetic factors in human behaviour.

The part of the genetic factors is surveyed then in the determination of the morpho-functional development and differentiation of nervous structures (insisting upon the new researches in micro-neuro-physiology of sinapses), in protein synthesis (enzyme or protein receiver) with a direct part in behaviour reaction (making use of the results of the recent studies in psycho-physiology and psycho-linguistics as well), the part played by hormones in behaviour is also analysed.

By the way in which human behaviour is structured the interference of the genetic factors is concluded to be sure and it shows itself in interaction with the eco-socio-cultural environment. This interference is strict, rigid and significant upon the reactive and situational behaviour, plastic and reserved for the anticipatory behaviour in which the prevailing part is played by the socio-cultural environment.

PREOCUPĂRI DE GENETICĂ ÎN ATENȚIA LABORATORULUI DE SĂNĂTATE MINTALĂ

Gr. Rusu, Tr. Baboia, R. N. Priboi, Viorica Băleanu, Elena Mihăilă

— Galați

Constituită într-un interval de timp relativ scurt, discutată și disputată în planul euristic, eredobiologia se impune în cel pragmatic în ultimele decenii, actualmente genetica ocupînd întreaga medicină.

In etapa contemporană, între dificultățile de aplicativitate, specifice patologiei umane, se citează: — imposibilitatea dirijării reproducerilor; — realizarea doar a unui număr restrîns de genotipuri din cele posibil-descendente ale cuplului, chiar în cazul celor mai numeroase familii; — disimularea, de către cei intervievați, a unor tare familiale, sau, dimpotrivă, tendința de a le inventa, atunci cînd sînt considerate avantaj; — alternativa ca filiația legală să nu coincidă întotdeauna cu cea reală.

Cu toate aspectele menționate, studiile asupra eredității în psihiatrie au permis recoltarea unor date deosebit de utile, atît din punctul de vedere diagnostic, cît și terapeutic. Astfel, se apreciază că, dacă unele afecţiuni pot avea caracterul unei transmiteri genetice ca atare, altele sînt consecinţa transmiterii unor predispoziţii biochimice, în sensul unui teren constituţional zdruncinat sau fragilizat, care, în anumite relaţii endo-exogene, permite decompensarea funcţională a encefalului şi, în consecinţă, apariţia chiar tardivă a demodulărilor sau îmbolnăvirilor psihice.

Ambulatorul de psihiatrie investit cu responsabilităţi crescînde în formula de organizare a Laboratorului de sănătate mintală, în orientarea sa psihosomatică tridimensională, reclamă cu necesitate apropierea faţă de problematica substratului morfologic în determinismul afecţiunilor psihice, asimilarea unor metodologii şi tehnici cu finalitate practică atît în ceea ce priveşte individul, cît şi grupul, ilustrînd raportul dialectic între general, particular şi singular.

În atenţia LSM-adulţi Galaţi s-a aflat considerarea (îndeosebi în cazul psihozelor predominant endogene şi a psihosindroamelor endo-exogene) unor particularităţi ale caracterelor ereditare, precum şi recoltarea de date privind caractere morfologice (somatice globale şi cranio-faciale), apartenenţa grupal-sanguină, dermatoglife *).

Investigaţia familială, sintetizată în înregistrarea arborelui genealogic şi aplicată unei secvenţe însumînd 7% dintre dispensarizaţi cu psihoze predominant endogene şi psihosindroame endo-exogene (probanţi) relevă o frecvenţă, proporţional, crescută a cazurilor de psihoze predominant endogene şi psihopatie la ascendenţi şi colaterali, şi a cazurilor de oligofrenie şi de psihopatie în descendenţa bolnavilor. Fratria consemnează frecvenţa statistică a relaţiei : epilepsie—oligofrenie, urmată de relaţia : psihoze predominant endogene hipotimice — psihoze predominant endogene hipertimice — psihopatie.

De cele mai multe ori, contextul clinic a sugerat caracterul dizigot al cuplurilor gemelare : în 3/4 cazuri schizofrenia era înregistrată la un singur individ din perechile de gemeni ; o pereche gemelară prezenta traseul EEG similar, cu descărcări bilaterale, sincrone de complexe vîrf-undă, dar numai la una dintre persoane existau clinic manifestări critice (şi tulburări psihice interparoxistice).

Caracterele somatice globale au făcut obiectul unui studiu ce a vizat subiecţi în evidenţă cu psihoze predominant endogene şi psihosindroame endo-exogene (datele s-au raportat rezultatelor obţinute la un lot de referinţă — subiecţi fără tulburări psihice pînă la data examinării), născuţi în teritoriul judeţului Galaţi. Concluziile au confirmat datele biotipologice clasice :

— ordinea descrescîndă a valorilor medii ale staturii — schizofrenie, epilepsie, psihoze hipertimice (literatura menţionează caracterul dominant al taliei mici în raport cu cea mare) ;

— brahischelie / macrocormie (caracter dominant) în cazul psihozelor hipertimice şi mesatischelie / normocormie în cazul schizofreniei şi epilepsiei (indice schelic după Giufrida Ruggieri).

Privind caracterele morfologice cranio-faciale, prelucrarea datelor susţine hiperbrahicefalia (caracter dominant) schizofrenilor, precum şi leptorinia aceloraşi subiecţi — în contrast cu mesorinia (caracter dominant faţă de leptorinie) în psihozele afective hipertimice. Somatoscopia a evidenţiat predominanţa pigmentului brun (iris, păr) — caracter dominant — în rîndul subiecţilor cu psihoze hipertimice, precum şi o proporţie relativ mai crescută a pigmentaţiei albastre (caracter recesiv) a irisului în rîndul epilepsiilor.

Fără a aprecia supraestimativ incidenţele corelative şi, în acelaşi spirit al referirii la conceptul de „tip constituţional" (în ultimă instanţă — rezultantă între genotip şi fenotip), prelucrarea datelor la un lot de 825 cazuri a făcut posibilă menţionarea frecvenţei ridicate a grupei sanguine AB în rîndul subiecţilor diagnosticaţi cu schizofrenie, a grupei B la cei cu psihoze afective şi a grupei 0 (caracter recesiv) în cazul subiecţilor cu epilepsie.

Faptul că între constituţia genetică a individului şi constituţia dermatoglifică globală a acestuia a fost stabilită o corelaţie certă, a determinat considerarea şi a acestor caractere ereditare cu determinism poligenic complex. Astfel, în cazul schizofreniei media valorilor constitutive digitale (suma crestelor digitale) a consemnat, pentru bărbaţi, cifra de 124 (faţă de media normalului: 135), observaţie ce concordă cu datele comunicate de Moller. Dacă la lotul studiat indicele de transversalitate nota valori la limita superioară (bărbaţi — I.T. : 29 ; femei — I.T. : 30), estimarea poziţiei triradiusului axial (frecvent situat proximal) determina un unghi atd cu valori coborîte (40° — bărbaţi şi 38° — femei).

Corespunzător stadiului preocupărilor, volumul observaţiilor anterioare înregistrate le conferă acestora un caracter de preliminaritate.

Adecvarea metodologică şi tehnică deschide, de asemenea, perspectiva acroşării într-un context mai larg a problemelor ridicate de sesizarea în teritoriu a unor zone cu indici ridicaţi de incidenţă şi prevalenţă a psihozelor predominant endogene şi a psihosindroamelor endo-exogene.

Obiectivul propus în intitularea comunicării este acela de a sprijini ideea utilităţii, necesităţii şi posibilităţii abordării cazuisticii psihiatrice şi din unghiul de vedere genetic, la nivelul unui serviciu de specialitate din reţea.

Demersul diagnostic (psihiatrie clinică, psihologie aplicată, expertiză medico-legală psihiatrică) recepţionează pozitiv intervenţia elementelor ce vizează obiectivarea suferinţei psihice, elemente la care se poate alătura şi fundamentul genetic, cromozomial sau enbriopatic. Totodată, perspectiva instituirii sfatului genetic oferă asistenţei psihiatrice, în planul profilactic, un dublu avantaj : cel al contribuţiei la diminuarea numerică a cazurilor de eventuali descendenţi afectaţi, cît şi cel al prevenirii dezvoltării unui context psiho-

---

*) Cazurile care au necesitat determinarea cromatinei sexuale au fost investigate în colaborare cu laboratorul de biologie al Dispensarului policlinic municipal, iar determinările laborioase (ex. cariotip), prin colaborarea acceptată de către laboratorul de genetică al Spitalului clinic Socola şi Catedra de Biologie IMF Iaşi, pentru care ne exprimăm, şi pe această cale, gratitudinea.

traumatizant cu valențe generatoare de patologie reactivă la constituienții unui cuplu tarat, ale cărui relații structurale și funcționale se pot deteriora (de facto, sive de jure).

.Corolarul conferă stabilitate trepiedului terapeutic corespunzător principiilor determinist-științifice, caracterului dinamic și totodată unitar ale conceptului bio-psiho-social.

APARATURA ELECTRONICĂ PENTRU TESTAREA CAPACITĂȚII INDIVIDUALE DE PERCEPERE ȘI TRANSMITERE EXTRASENZORIALĂ A INFORMAȚIEI

A. Timoşenco, G. Constantinescu, A. Radu
— București

În ultimele două decenii, cercetările privind posibilitățile de percepere și transmitere extrasenzorială a informației („Extra Sensory Perception", în literatura ango-saxonă, prescurtat ESP) s-au ridicat pe o treaptă calitativ nouă, fapt datorat — în principal — următorilor factori : — posibilitatea utilizării unor instrumente de investigație de mare sensibilitate și precizie, realizări de vîrf puse la dispoziția cercetătorilor de către industria aparatelor electronice de măsură și prelucrare a datelor ; — elaborarea unor metodologii de studiu și experimentare specifice cercetărilor interdisciplinare, capabile să valorifice rezultate și concluzii obținute de fiecare din domeniile implicate, ținînd seama — totodată — de o serie de modele teoretice elaborate de fizica modernă, precum și de complexul aparat matematic, pus la dispoziție de teoria transmisiei informației.

Cercetările întreprinse în acest domeniu, începînd din deceniile 3 și 4, de către L. L. Vasiliev, în U.R.S.S. și J. B. Rhine, în S.U.A., au creat o bază științifică, constituind o adevărată cotitură pentru investigațiile ulterioare, care — renunțînd la utilizarea exclusivă a metodelor descriptive — au început să abordeze problematica ESP (și) cu ajutorul unui aparat statistico-matematic propriu prelucrării datelor experimentale în disciplinele exacte.

Lucrările lui M. Ryzl, în R. S. Cehoslovacă și I. M. Kogan, în U.R.S.S., au adus — în acest sens — însemnate contribuții teoretice și metodologice, iar cercetările mai recente întreprinse de H. Puthoff și R. Targ la Institutul de Cercetări Stanford, S.U.A., au îmbogățit materialul experimental, supunîndu-l — în același timp — unei analize statistice riguroase.

Din punctul de vedere al modelelor teoretice, încă de la începutul cercetărilor în domeniul ESP, s-a avansat ideea unui cîmp de natură neelectromagnetică ; nu s-au putut, însă, pune în evidență proprietățile specifice acestui cîmp, cum ar fi, de exemplu, cele legate de caracteristicile de propagare sau de ecranare. În ultimul timp, cîștigă tot mai mult teren ideea că suportul fizic al informațiilor, vehiculate pe cale ESP, este cîmpul electromagnetic (undele electromagnetice) (Kogan, Taylor, Sergheev, Rejdak, Holodov, pentru a nu aminti decît cîteva nume mai cunoscute). În privința domeniului de frecvență implicat, atenția a fost îndreptată atît spre domeniul frecvențelor ultraînalte (Rejdak), cît și al celor ultrajoase (Kogan). Nu trebuie uitate nici modelele bazate pe conceptele fizicii cuantice (Costa de Beauregard).

În ceea ce ne privește, considerăm că problema transmisiei informației pe canalele extrasenzoriale poate fi privită într-un mod mai general — și anume în strînsă interdependență cu aspectul *energetic — informațional* al problemelor (deci, inclusiv fenomenele de tip psihokinezic, PK, legate de interacțiuni ponderomotoare între bioinformație și substanță sau cîmp). În acest sens, credem că problema trebuie privită sub două aspecte : a) din punct de vedere al naturii cîmpului implicat în aceste fenomene ; b) din punct de vedere al modului de transmisie a informației.

În acest context, apare ca avînd un înalt grad de probabilitate ipoteza existenței unui cîmp energetic — informațional de natură biologică, avînd caracteristici specifice unei anumite trepte superioare, de organizare a materiei și care nu poate fi studiat decît ținînd seama de proprietățile specifice materiei vii, inclusiv aspectul informațional, tot mai pregnant cu cît urăm pe scara evoluției (Macovschi).

O atare abordare — cu totul specifică — a problemei presupune căutarea unor legi, metode de investigare și modele proprii, corelate cu rezultatele obținute cu modelele și metodologia adoptate de științele înrudite, domeniul ESP fiind — prin definiție un domeniu interdisciplinar.

Problemele de transmisie extrasenzorială de energie și informație pot fi abordate și sub aspect electromagnetic, acest aspect constituind o latură de manifestare curentă a proceselor specifice materiei vii.

Un atare model dialectic, prezentat fie chiar și sumar, ni se pare suficient de util pentru a oferi un punct de sprijin cercetărilor ulterioare, permițînd o evaluare interdisciplinară a rezultatelor obținute și putînd conduce la elaborarea unei concepții unitare, mai generale, privind interdependența substanță-energie-informație în cadrul sistemelor vii.

Aparatura electronică utilizabilă în cercetările experimentale în domeniul psihotronicii poate fi împărțită, din punctul de vedere al concepției constructive, în două mari categorii :

a) aparatură electronică standard ;

b) aparatură electronică specializată.

În această grupă importantă — care abia în ultimii ani începe să fie definită — intră o serie de aparate putînd lucra fie independent, fie conectate la un lanț de măsură și, sau prelucrare a semnalelor. Putem distinge aici cîteva subdiviziuni în funcție de fenomenul studiat — și anume : 1 — aparatură pentru experimente privind capacitatea de percepere și transmitere extrasenzorială a informației ; 2 — aparatură pentru experimente privind interacțiunea energetică bioinformație — substanță (efecte ponderomotoare de tip psihocinetic) ; 3 — aparatură pentru culegerea de informații directe privind senzații vizuale și/sau auditive în timpul unor stări fiziopatologice ; 4 — aparatură pentru facilitarea inducerii și stimularea unor stări psihice cu caracteristici deosebite („altered states of consciousness", ASC, în terminologia anglo-saxonă).

O categorie aparte o constituie aparaturile de tip Kirlian și electronografic, folosite în prezent, din ce în ce mai frecvent, la punerea în evidență a stărilor psihofiziologice, pe baza proprietăților mediului electric proximal al organismelor investigate.

Dat fiind cadrul mult prea larg al subiectului, precum și cel relativ restrîns impus de tematica simpozionului, ne vom ocupa numai de aparatura din prima categorie a punctului b). Menționăm că, datorită caracterului complex al manifestărilor extrasenzoriale, cu aceeași aparatură — din categoria citată — se pot, în anumite cazuri, detecta capacități mixte, de percepere ESP și acțiuni PK (categoria b).

O categorie de bază de circuite electronice asupra cărora ne-am concentrat atenția au fost generatoarele de semnale aleatoare, care au o construcție relativ simplă, fiabilă, ușor de manevrat, pretîndu-se la cea mai mare parte a experimentelor din categoriile b). Viteza lor de lucru permite acumularea unui număr mare de date (și implicit date de la mai mulți subiecți), într-un interval de timp dat, ceea ce face posibilă o prelucrare statistică adecvată a materialului și o interpretare cît mai aproape de realitate și rezultatelor.

Un generator aleator binar, realizat cu un singur circuit integrat, logic, din familia TTL, de tip 7400 și alimentat de la o baterie de buzunar, de 5,5 V, elementele de afișaj sînt două diode fotoemisive (LED), tip „punct", care se aprind în funcție de starea în care a fost găsit bistabilul — la a cărui ieșire sînt amplasate — în momentul acționării, de către subiect, a întrerupătorului K_2.

Utilizarea circuitelor integrate ne permite să realizăm o altă schemă simplă de generator aleator, avînd — de această dată — posibilitatea de a lucra cu un număr variabil de stări (2...9), la un număr minim de componente (3 circuite integrate logice, din familia TTL și un element de efișaj fotoemisiv, cu 7 segmente, componente produse de industria națională).

Reamintim că ambele scheme pot fi utilizate la punerea în evidență, atît a efectelor de tip ESP, cît și a efectelor de tip PK, distincția — în cazul subiecților „multiplu dotați" — operîndu-se pe baza unor teste suplimentare, de alte genuri.

O altă schemă elaborată de noi, utilizînd componentele ușor procurabile din producția internă, este generatorul aleator de 5 stări (de tip Zener), Schema cuprind un numărător în inel, precum și registre de deplasare, realizate cu circuite integrate, din familia TTL. Principiul de funcționare este similar cu cel al schemei precedente. În plus, circuitul permite clasificarea imediată a rezultatelor obținute de la un subiect — și anume :

a) coincidențe simultane (perceperea directă a semnalului aleator la momentul dat) ;

b) coincidențe precognitive (perceperea în avans a informației aleatorii ce va apare la una din încercările ulterioare) ;

c) coincidența retrocognitive (evident, cu condiția recunoașterii de către subiect a rezultatelor precedente).

Notînd momentele de timp, la care se execută testarea, cu t_{i-l}, t, t_{ii+l}, semnalele selectate de subiect — cu S_g, iar cele date de generator — cuS_g, reducem cazurile a), b) și c) de mai sus la următoarele situații :

a) coincidențe simultane : $S_s\Big|_{t_i} = S_g\Big|_{t_i}$

b) coincidențe precognitive : $S_s\Big|_{t_i} = S_g\Big|_{t_{i+k}}$

$k = 1, 2 \ldots n$

c) coincidențe retrocognitive : $S_s\Big|_{t_i} = S_g\Big|_{t_{i-k}}$

$k = 1, 2 \ldots n$

Se observă că schema conține un registru de intrare, realizat cu CDB473 E (bistabil tip D), conținînd numărul selectat de subiect, precum și registrele 1 și 2, realizate cu CDB (bistabil tip IK), conținînd numărul aleator furnizat de generator (la t_i în Reg. 1 și la t_{i+l} în Reg. 2) ; coincidențele sînt evidențiate cu ajutorul unor porți realizate cu CDB 400. Semnalele de comandă („STOP TEST" sînt date prin intermediul monostabilului M2 (CDB 421).

O astfel de schemă, pe lîngă viteza mare de lucru — și, implicit, numărul mare de date acumulate — permit o evaluare quasi-instantanee a scorului, precum și prelucrarea statistică a datelor — imediat după terminarea testului — conform clasificării enunțate mai sus. Evident ,alegînd o formă adecvată pentru datele de ieșire, se pot conecta diferite dispozitive de înregistrare sau unități de calcul, periferice, etc.

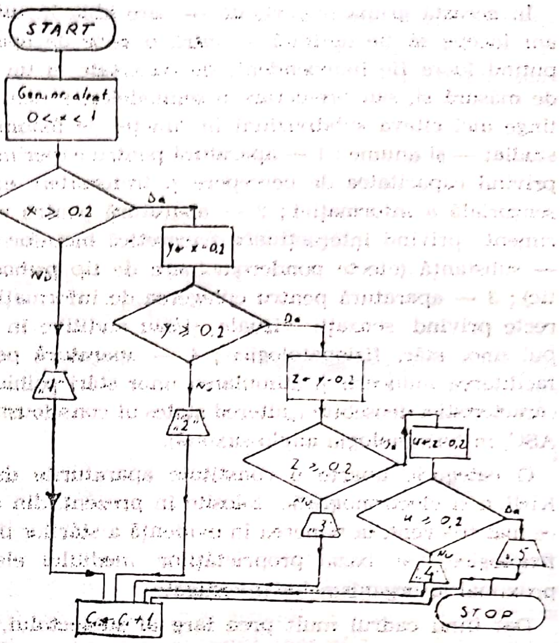
Un procedeu experimental — cu avantaje deosebite, legate de simplitate și comoditate — pentru punerea în evidență a capacităților ESP sau de acțiune PK este cel care utilizează mini-calcultoarele programabile. Și aici, ca și procedeul anterior, subiectul se poate testa și singur, iar scorul este ținut în evidență cu ajutorul registrelor de memorie. Generatorul de numere aleatorii este comandat prin program, subiectul trebuind doar să inițializeze, manual, fiecare ciclu de testare.

Se poate urmări aici generarea numărului aleator (1 din 5 stări posibile, de exemplu, lucrîndu-se ca model testele de tip Zener), care constă în generarea unei valori aleatorii în intervalul 0,1 şi clasificarea acesteia de către computer într-una din cele 5 clase echidistante (de valoare 1/5 = 0,2).

În încheiere, prezentăm — pe baza organigramei de mai sus — două programe scrise, pentru două tipuri de calculatoare de buzunar, din aceeaşi clasă : — în fig. 4 : un program pentru calculatorul de tip TI—57 (Texas Instruments) ; — în fig. 6 : un program pentru calculatorul de tip Commodore PR-100.

La aceasta din urmă, datorită numărului mai mare de paşi posibili, există şi facilitatea cautorizării automate a scorului, cu clasificarea în cele 3 situaţii de percepţie. La TI-57, există numai contorizarea evenimentelor ; în schimb, utilizînd un minicalculator de tip TI-58, la un program similar se pot adăuga un număr suplimentar de paşi, care să facă posibilă — pe lîngă clasificarea respectivă — şi o afişare a datelor, pe un dispozitiv corespunzător. În orice caz, după cum se vede şi din formularul de program (fig. 5), dacă se introduce, manual, scorul referitor la coincidentele de cele 3 tipuri în 3 memorii, avem : — în memoria 2 : numărul total de coincidenţe simultane ; — în memoria 1 : numărul total de coincidenţe precognitive ; — în memoria 3 : numărul total de coincidenţe retrocognitive.

În ambele minicalculatoare, la fiecare test se afişează atît numărul aleator generat, cît şi numărul testului (de la 0 la 99).



The paper surveys the main ESP testing methods, that have developed during the latest twenty years, insisting upon those used for the habilities of precognition and telepathic transmission of information. The paper includes the autors' achievements in the field of random number generating programs for minicomputers, type TI-57.

The paper also shows, the electronic equipment both standard and specific, used for these tests, contributing with some own projects — that can be carried out with Romanian components.

METODĂ ŞI ECHIPAMENT PENTRU INVESTIGAREA ŞI FACILITAREA INSTALĂRII STĂRII DE RELAXARE ÎN TERAPIA UNOR AFECŢIUNI NEURO—PSIHICE

G. Constantinescu, A. Timoşenco, A. Radu
— Bucureşti

În domeniul vast şi complex al terapiei afecţiunilor neuro-psihice, lucrările de specialitate arată că unul din cei mai importanţi indicatori ai evoluţiei afecţiunii respective şi — în acelaşi timp — ai eficienţei terapiei utilizate, în cazul dat, îl reprezintă STAREA DE RELAXARE a pacientului. Pentru specialistul care aplică un anumit tip de tratament, în funcţie de o anumită afecţiune şi de caractersticile neuro-psihice individuale ale pacientului, apare ca imperios necesară posibilitatea evaluării şi controlului cantitativ al acestei stări ; ceea ce implică punerea la dispoziţia medicului a unei aparaturi precise, capabilă să asigure un grad înalt de fiabilitate, de protecţie a pacientului şi — în acelaşi timp — relativ simplă, uşor de manevrat şi puţin voluminoasă.

Parametrul biologic ce caracterizează cel mai complet starea de relaxare — sau opusă acesteia, starea de stress — este, după părerea multor autori, TONUSUL MUSCULAR, element esenţial în realizarea bucleI de reacţie fiziologică a sistemului „organism uman", supus la diferiţi stimuli interni, ori proveniţi din mediul ambiant.

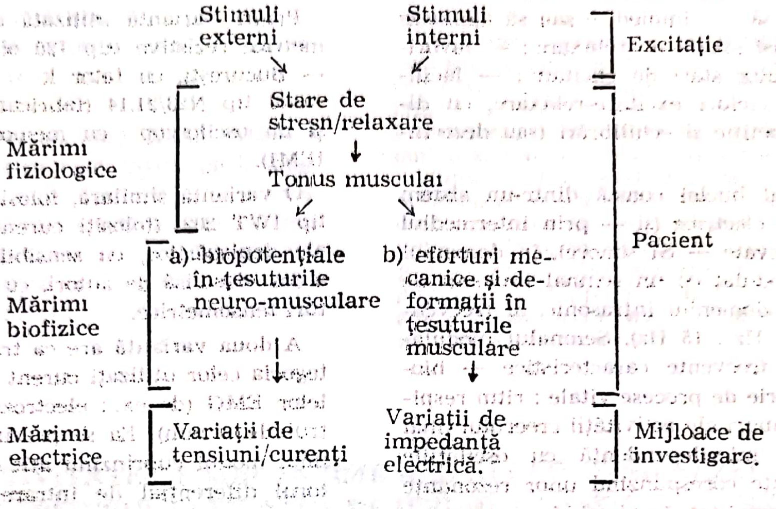
Starea de tonus muscular poate fi caracterizată, la rîndul ei, prin parametri fizico-biologici cum sînt : — variaţiile biopotenţialelor electrice de-a lungul sau în anumite puncte ale traseelor neuro-musculare ; — variaţiile eforturilor mecanice şi, în consecinţă, a deformaţiilor apărute în ţesuturile musculare.

Or, după cum este cunoscut, parametrii neelectrici, mai sus menţionaţi, pot fi convertiţi într-o mărime electrică, ce poate fi măsurată — eventual amplificată — vizualizată şi înregistrată cu precizie, folosind aparatura specializată existentă.

În cazul măsurării variaţiilor biopotenţialelor se pun probleme legate de protecţia semnalelor utile împotriva perturbaţiilor, eliminarea artefactelor, etc. şi de amplificarea lor pînă la nivele de tensiune uşor de prelucrat ulterior.

In celălalt caz, se măsoară o variație de impedanță (consecință a deformării țesutului muscular), ce poate fi tradusă, fie tot într-o variație de tensiune (metoda punților electroten-sometrice, folosind modulația în amplitudine), fie în variația anumitor parametri electrici ai unor circuite (metodele utilizînd modulațiile de impulsuri în amplitudine, frecvență, ori durată). Literatura de specialitate menționează realizarea unor lanțuri de măsură de acest gen, concepute exclusiv pentru investigație biofizică, avînd o aplicabilitate restrînsă.

Schematizînd întreg procesul de transfer al informației privind starea de stress/relaxare, de la pacient către investigator, ajungem la modelul de mai jos:


Stimuli externi
Stimuli interni
Excitație
Stare de stresn/relaxare
Mărimi fiziologice
Tonus muscular
Pacient
a) biopotențiale în țesuturile neuro-musculare
b) eforturi mecanice și deformații în țesuturile musculare
Mărimi biofizice
Mărimi electrice
Variații de tensiuni/curenți
Variații de impedanță electrică.
Mijloace de investigare.

Lanțul de mai sus ne interesează în special în măsura în care el constituie o parte componentă dintr-o buclă de reacție biologică (biofeedback). Aplicarea sa face ca variabilele fiziologice ale unui subiect să fie folosite pentru a controla funcțiile sale fiziologice și — prin urmare — și anumite stări patologice. O idee în acest sens se prezintă în lucrarea lui M. Nicu și N. Oprița.

Ceea ce dorim să punem în evidență în prezentul articol este posibilitatea aplicării unei metode complexe pentru investigarea și facilitarea instalării stării de relaxare în terapia unor afecțiuni neuro-psihice, metodă bazată pe biofeedback, aplicabilă în practică prin intermediul unui echipament electronic relativ simplu, versatil și robust, oferind medicului — în multe cazuri supuse investigației — posibilitatea de a se dispensa de aparaturi pretențioase și scumpe precum: polifiziografe și polifizioscoape, electroencefalografe, electromiografe, etc.

O instalație similară — utilizabilă în cadrul unei metode cu dublu biofeedback, pentru controlul * stării de relaxare în testele de protecție a muncii, în antrenamentul sportivilor — a fost prezentată de autori în cadrul celui de-al IIlea Simpozion Național de Tensometrie — Cluj 1980.

Se constată ușor că, în forma ei cea mai simplă, avînd doar elementele strict necesare buclei de reacție (traducător — sistem de măsură și avertizare directă optică sau auditivă), o astfel de instalație poate fi utilizată în aplicații destul de diverse legate — spre exemplu — de controlul stării de relaxare în urma unor exerciții specifice de reabilitare psiho-fizică. În particular, menționăm utilitatea instalației în aplicarea unor procedee și tehnici speciale de relaxare (antrenamente psihosomatice de tip yoga, zen, training autogen, etc), pentru care apare — astfel — posibilitatea de evaluare obiectivă, cantitativă, a rezultatelor obținute.

În legătură cu prelucrarea semnalului obținut, ținînd seama de complexitatea acestuia, atît în domeniul amplitudinilor, cît și al frecvențelor și fazelor, precum și de prezența inerentă a perturbațiilor de cele mai diverse proveniențe (brum, zgomote de joasă și înaltă frecvență, etc, etc), putem defini un raport echivalent semnal/zgomot, analog celui utilizat în tehnica măsurărilor cu aparatura electronică.

In forma ei cea mai dezvoltată, instalația (și, implicit, metoda) necesită o sală special amenajată, destinată investigărilor stării de relaxare; pentru început, se poate concepe un cabinet pentru investigarea individuală a subiecților și chiar pentru terapie prin relaxare.

După cum se observă, există posibilitatea întreruperii buclei (situația corespunzătoare unui factor de reacție nul), în acest caz avînd loc numai urmărirea evoluției stării respective, în scopul strict al investigației. În cazul cuplării buclei (factor de reacție diferit de zero), avem cazul general în care biofeedback-ul concură la realizarea terapiei.

Pragurile de avertizare (semnalizare) se stabilesc de către medic, în funcție de afecțiunea tratată, ca și de caracteristicile neuro-psihice ale pacientului. Astfel, pe măsura apropierii de o stare de relaxare, caracterizată prin valori prestabilite ale unor parametri electrici (amplitudineaunei tensiuni continue sau a unor

---

*) termenul de „control" este folosit în sensul acceptat de cibernetică, implicînd și noțiunea de „comandă" (termenul fiind preluat din literatura de specialitate anglo-saxonă și fiind diferit, în general, ca semnificație, de termenul românesc „control" = verificare).

impulsuri, la ieşirea amplificatorului), pe „canalul potic" al buclei se cuplează un modulator optic („orgă de lumini", de suprafaţă mare), programat să ofere anumite combinaţii coloristice corespunzătoare unor grade diferite de excitaţie, conform datelor acceptate de literatura de specialitate.

Instalaţia poate fi, dealtfel, programată pentru a putea asigura şi alte succesiuni dinamice de culoare (ca şi de sunet destinate să : — împiedice sau să atenueze subiectului de a părăsi starea de relaxare ; — favorizeze instalarea anumitor stări de excitare ; — faciliteze realizarea unor cicluri excitare-relaxare, cu diverse perioade de repetiţie şi echilibrări (sau dezechilibrări) interne.

„Canalul acustic" al buclei constă dintr-un sistem generator de semnale electrice (şi — prin intermediul unor traductoare adecvate — SI sonore), în domeniul de audiofrecvenţă, modulat cu un semnal provenit de la o sursă lucrînd în domeniul infrasonic, al frecvenţelor foarte joase (0,1 Hz... 15 Hz). Semnalul modulator corespunde unor frecvenţe caracteristice — bioritmuri — pentru o serie de procese vitale : ritm respirator, ritm cardiac, ritmuri ale activităţii creerului (mai ales „alfa", aflat în interdependenţă cu oscilaţiile Schumann) — frecvenţe corespunzînd unor rezonanţe cu un înalt grad de generalitate în biosferă.

Atragem atenţia că acest echipament, relativ simplu, poate fi o componentă a unui complex de diagnosticare — eventual şi de terapie — de a cărui dezvoltare ne vom ocupa într-o lucrare ulterioară.

Vom aminti aici — fără a intra în detalii — existenţa unor tehnici de concentrare/relaxare preluate, în ultimele decenii, de medicina europeană, bazate pe intonarea şi audierea unor secvenţe sonore (melopee) în domeniul frecvenţelor joase — cu subarmonici importante în domeniul frecvenţelor ultra-joase, inaudibile — şi care au la origini procedee desprinse din sistemele extrem-orientale Yoga (Mantram-Yoga) şi Zen.

Semnalăm, la acest capitol, activitatea asiduă a instructoarei de yoga Nineta Crainici — la Slănic — Prahova şi Ploieşti — soldată cu numeroase succese terapeutice pe cazuri socotite, anterior, irecuperabile.

Din punct de vedere constructiv, partea de măsură propriu-zisă a lanţului descris comportă următoarele etaje :

1. Traducătorul (de tip rezistiv sau inductiv, în cazul metodei utilizînd modulaţia în frecvenţă ; de tip electrozi de culegere a biopotenţialelor, în cazul metodei ce utilizează amplificarea acestora).

2. Blocul de amplificare, incluzînd eventual şi circuitele de modulare (în amplitudine sau frecvenţă) în cazul traductorilor parametrici.

3. Blocul de afişare (analogică sau digitală) şi înregistrare.

4. Blocul de semnalizare, cuprinzînd programatorul, circuitele cu prag (discrimatoare de amplitudine, eventual — în cazuri speciale — şi analizoare de spectru, în joasă frecvenţă, digitale, de bandă îngustă), precum şi etajele de comandă a dispozitivelor optice sau acustice.

Variantele constructive ale lanţului prezentat mai sus se pot deosebi după tipul traductorului şi — implicit — după structura etajelor de modulare/amplificare. În lucrarea de faţă, ne vom mărgini la trei variante, selectate de noi în funcţie de criteriile amintite la început : relativă simplitate, fiabilitate ridicată, versatilitate, manevrabilitate uşoară, care să nu necesite o calificare deosebită.

Prima variantă utilizată ca traductor mărci tensometrice rezistive (tip 120 ohmi, fabricate la INCERC — Bucureşti, cu fator k = 2), un tensometru cu un canal tip N23/21.14 (fabricat la ICSITE — Bucureşti) şi un osciloscop cu memorie tip E0106 (fabricat la IEMI).

O variantă similară, folosind traductori inductivi de tip IWT 202, (folosiţi curent în măsurări de precizie ale deplasărilor, cu sensibilităţi de pînă la 6,1 μm), a fost descrisă de autori, cu utilizarea aceleiaşi aparaturi tensometrice.

A doua variantă are ca traducători electrozi din categoria celor utilizaţi curent pentru culegerea potenţialelor EMG (de ex. : electrozi Ag — Ag Cl, cu diametrul de 6 mm). Ea se prezintă constructiv sub forma unui modul cuprinzînd atît electrozii, cît şi amplificatorul diferenţial de intrare, alimentat de la baterii (± 9 V, dela 2 baterii de 9 V). Se realizează, în acest fel, o îmbunătăţire substanţială a raportului semnal-zgomot (reducîndu-se efectul brumului provenit din reţeaua industrială, de 50 Hz, al perturbaţiilor de înaltă frecvenţă sau de joasă frecvenţă, datorate mişcărilor subiectului şi — implicit — a cablurilor de legătură) şi se asigură un semnal amplificat chiar la nivelul electrozilor (semnal cu amplitudine relativ mare, la o impedanţă de ieşire mică, sub 10 ohmi).

Nivelul de zgomot, raportat la intrare (selectînd, în prealabil, din acest punct de vedere, circuitele integrate BA 741) este de cca. 2 μV r.m.c., iar factorul global de amplificare este de 1000 ; deci, ieşirea poate fi cuplată direct la orice tip de înregistrator cu sensibilitatea de cca. 10 mV.

Banda de frecvenţă a semnalului util este limitată (la —3 dB) între 10 Hz şi 1 kHz.

A treia variantă a canalului de culegere şi amplificare a semnalului utilizează traductori capacitivi, de tipul celor cu care se măsoară presiuni sau deplasări. S-a ales — şi în acest caz — o construcţie cu un număr minim de componente (2 circuite integrate şi un tranzistor, din producţia indigenă). Traducătorul capacitiv modulează frecvenţa multivibratorului de tip 555, iar detecţia are loc în circuitul de tip PLL 561, care dă, la ieşire, o tensiune lentă variabilă (c.c.). Configuraţia aleasă are un răspuns rapid, este stabilă şi nu necesită circuite acordate.

Pentru circuitul de avertizare/comandă a semnalelor optice se poate adopta schema din fig. 5. Se observă folosirea unor circuite comparatoare cu mai multe nivele, ieşirile acestora comandînd etaje de putere cu tiristori, ce acţionează direct asupra surselor luminoase de diferite culori. (Se poate concepe şi o variantă folosind triacuri în locul tiristorilor, dar aceste componente sînt procurabile exclusiv din import). În acest caz se poate realiza o corespondență amplitudine-culoare.

Semnalele mai pot fi, însă, trecute — în prealabil — prin filtre trece-bandă (eventual, comandabile), asigurîndu-se, astfel, și o corespondență frecvență-culoare (cazul „oigilor de lumini" produse de industria bunurilor electronice de larg consum).

Avantajele principale ale tuturor variantelor de sistem, propuse în lucrarea de față, sînt:

— eliminarea factorului de eroare uman, în aprecierea stării investigate;

— posibilitatea auto-terapiei.

Aceste avantaje NU înseamnă, însă, EXCLUDEREA medicului din procesul complex al investigării, diagnosticării și terapiei afecțiunilor respective, ci o creștere a rolului său în stabilirea caracteristicilor subiecților, a particularităților cazurilor. (Variantele de sistem, descrise mai sus, au toate — după cum s-a văzut — posibilitatea de adaptare la caracteristicile pacienților, cît și la cele ale afecțiunilor respective).

Amplificarea eforturilor în această direcție (presupunînd o colaborare interdisciplinară: medici — biofizicieni — ingineri) poate duce la realizarea unor cabinete specializate, dotate cu instalații complexe, cu program, de testare — și, eventual, terapie — a pacienților în cadrul unor categorii de afecțiuni neuro-psihice.

The paper presents a technique & equipment for investigating and facilitating of the installation if the relaxing state, with a rather general use in psychiatric clinics as well as in controlling some deconnecting techniques, or in sports-men trainings. Block and circuit diagrams are given — some of them in different variants — developed as in searching for an optimim between accuracy, reliability, easy handling and price; used components are exclusively indigenous. Emphasis is made upon advantages from automation of subject — data collecting and processing — while the physician is suppsed to fulfill complex tasks such as adapting different ways of therapy depending upon individual characterisics.

ACTIVITATEA UNOR ENZIME ALE GLUCONEOGENEZEI DIN CREIERUL ȘI FICATUL DE IEPURE INTOXICAT CU S_2C

Margareta Rusu
— *Iași*

Intoxicațiile cu sulfură de carbon (S_2C) produc importante modificări în metabolismul intermediar celular și afectează atît metabolismul lipidic cît și pe cel glucidic și energetic. O serie de activități enzimatice sînt modificate după intoxicație cu S_2C ca de exemplu: fosfataza alcalină din ser, ficat, rinichi și plămîn. Importantă scădere în activitate a arătat G-6-P. DH eritrocitară. Enzimele lanțului respirator mitocondrial par deasemeni să arate o sensibilitate deosebită în intoxicația cu S_2C. Din cauza scăderii activității alchool. DHazei din creier și ficat la indivizii cu diferite grade de intoxicație cu S_2C se observă o intoleranță majoră la alchool.

În lucrarea de față ne-am propus să studiem două enzime limitante ale activității gluconeogenetice în creierul și ficatul de iepure intoxicat cu S_2C.

Material și metodă. Ca animale de experiență s-au folosit iepuri, masculi în greutate de 1,800—2,100 kg., care în timpul experienței au primit regim de crescătorie și apă ad libitum. S_2C în concentrație de 10,8 mg/kg. corp și 6,6 mg/kg. corp a fost dizolvată în ulei și administrată intraperitonial, odată pe săptămînă timp de 6, 12, 18 săptămîni. Lotul martor a primit la aceleași intervale de timp intraperitonial injecții cu ulei. Determinările enzimatice au fost efectuate în omogenat total de ficat și creier de iepure. Activitatea glucoză—6—fosfatfosfohidrolazei (G-6-Pazei) a fost determinată după Swanson, modificată Ababei, și activitatea fructozo—1, 6—difosfatfosfohidrolazei (F—1, 6—DPazei) după metoda McGilvery. Rezultatele obținute au fost prelucrate statistic după Rapoport și Raderecht.

Rezultate. Se observă din tabelul 1, că activitatea G-6-Pazei din creierul de iepure la 18 săptămîni de la administrarea cronică a toxicului arată o scădere semnificativă în activitate, scădere ce este mai evidentă la doze mari (10,8 mg/kg. corp). După întreruperea tratamentului la 2 luni atît la dozele mici cît și la dozele mari se constată o tendință semnificativă de revenire a activității G-6-Pazei la valorile inițiale fără a reface complet această activitate. În ficatul de iepure activitatea G-6-Pazei prezintă același comportament ca și în creier la intoxicația cu S_2C. De asemeni se observă și tendința de refacere după 2 luni de la încetarea tratamentului cu S_2C. Activitatea F-1, 6-DPazei din creierul de iepure arată o scădere constantă, atingînd maximum după 18 săptămîni după intoxicare cu S_2C. Scăderea este mai puternică la animalele tratate cu doza mare. La 2 luni după întreruperea tratamentului activitatea enzimei marchează o refacere importantă fără a atinge însă nivelul inițial. Activitatea F-1, 6-DPazei din ficatul de iepure, evidențiază de asemeni o scădere semnificativă mai ales la doze mari și aceeași tendință de refacere la 2 luni după oprirea tratamentului.

Discuții. Datele prezentate arată că G-6-Paza și F-1, 6-DPaza, enzime limitante a ciclului gluconeogenetic sînt diminuate în activitatea lor atît în creier cît și în ficat de iepure intoxicat cu S_2C. Minden evidențiază în studiul anatomo-patologic o modificare a structurii parenchimului hepatic în intoxicația cu S_2C. Refacerea activității enzimelor gluconeogenetice studiate de noi se datorește posibil unui proces de regenerare hepatică care se declanşează la întreruperea administrării de S_2C. Este cunoscut că activitatea creierului este dependentă de asigurarea unei concentraţii staţionare constante de glucoză, fenomen la care participă activ ciclul gluconeogenetic. Efectele neurotoxice ale S_2C observate de Batting, Goldberg, Michalova, ca şi efectele neuropsihice găsite de Rechenberg, Warnecke şi alţii, pot fi o consecinţă directă a perturbaţiilor, mai precis a diminuării activităţii ciclului gluconeogenetic, consecinţă a scăderii activităţii enzimelor studiate de noi. Modificările anatomo-patologice cît şi cele funcţionale evidenţiate la hepatocit pot găsi corespondenţi în diminuarea celor 2 enzime gluconeogenetice investigate în această lucrare. Scăderea activităţii G-6-Pazei şi F-1, 6-DPazei cu localizare microzomală şi mitocondrială indică o lezare a acestor organite subcelulare cu rol important în procesele de sinteză şi de apărare a organismului. Alături de modificările produse de S_2C în metabolismul lipidic, glicolitic modificările observate de noi în ciclul gluconeogenetic par să aibă un rol important în patogenia intoxicaţiilor cronice cu S_2C.

Datele prezentate arată o marcantă sensibilitate a creierului şi ficatului încă din primele săptămîni de intoxicaţie, chiar la doze mici de S_2C. Faptul că după 2 luni de la întreruperea tratamentului refacerea celor 2 enzime nu este completă arată că S_2C provoacă unele modificări ce fac imposibilă o regenerare totală a parenchimului distrus.

Aceste fapte demonstrează oportunitatea unor măsuri riguroase de protecţie pentru personalul care este expus la S_2C.

The carbon disulphide (CS_2) administrated chronic to rabbit produced an important inhibition of glucose-6-phosphate phosphohydrolase and fructose-1, 6-diphosphate phosphohydrolase activity in brain and liver.

The decrease of theses two enzymes of gluconeogenetic cycle seem to justify certain physiological and clinical changes of the neuropsychic and hepatic activity observed in the intoxication by CS_2.

SEMNIFICAŢIA UNOR CERCETĂRI ÎN CANCERUL EXPERIMENTAL (STIMULARE IMUNĂ NESPECIFICĂ PRIN MEDIATORI CHIMICI) ÎN PERSPECTIVA STIMULĂRII DEPARAHIOTIZANTE A STRUCTURILOR CEREBRALE

Marioara Balan, Doina Luca, Serafina Antoniu, Gh. Balan
— *Iaşi*

Numeroase sînt datele care subliniază faptul că, organismul bolnav de cancer, dobîndeşte anumite caractere ale metabolismului, deoarece tumoarea malignă care se dezvoltă, chiar strict limitat fără metastaze, nu este un proces local ci o maladie generală a întregului organism.

Este cunoscut faptul că, în cursul dezvoltării rapide a ţesutului canceros, are loc o neoformare continuă a unor cantităţi apreciabile de substanţe proteice, deci ne putem aştepta ca, în condiţiile de transplant de tumoră canceroasă să existe o dependenţă între cantitatea de acizi nucleici din diferitele organe şi sinteza proteică dependentă de aceştia, subiect care nu este indiferent în perspectiva stimulării deporsbiatizante a structurilor centrale.

Dat fiind că la baza apariţiei şi dezvoltării tumorii maligne stă probabil şi o deficienţă imunologică, de mai mulţi ani colectivul nostru a urmărit o cale de stimulare a aparatului imun prin aplicarea de mediatori chimici Tiaminodifosfat (TDP), de extract timic (LT) sau aplicarea asociată de TDP şi LT (Balan şi colab. 1976), mijloace prin care s-au constat modificări ale metabolismelor de bază ale organismelor.

Încurajaţi de datele obţinute în anii precedenţi (în acest an) ne-am propus a urmări acţiunea tratamentelor cu imunostimulator, cu citostatic IOB—82 cît şi cu asocierea acestora (asupra aparatului imun-splină, limfoganglion, hemomedulă) asupra variaţiilor sintezei de acizi nucleici şi proteine din splină şi ficatul şobolanilor în curs de cancerizare şi supuşi tratamentelor amintite, subiect care face obiectul lucrării de faţă.

Material şi metodă. Experimentul s-a efectuat pe un număr de 54 şobolani de rasă Wistar, masculi de aceeaşi vîrstă şi greutate. Animalele au fost împărţite în 5 loturi după cum urmează:

1. Lot martor
2. Lot grefat cu tumoră Guérin
3. Lot grefat şi tratat cu imunostimulator (TDP + LT)
4. Lot grefat şi tratat cu citostatic IOB—82.
5. Lot grefat şi tratat cu imunostimulator şi citostatic.

Tratamentele au fost aplicate secvenţial. Imunostimulatorii: TDP, 1,4 mg. în 0,2 ml. la interval de o zi, iar LT cîte 4 mg. în 2 ml. ser fiziologic la 2 zile. Aplicarea citostaticului s-a efectuat la interval de 4 zile cîte 0,1 ml. Lotul 5 a primit, pe lîngă grefa de tumoră Güerin, tratament cu imunostimulator şi citostatic, intercalat. Sacrificările au fost efectuate în 2 momente ale evoluţiei procesului canceros: la 7 şi la 14 zile de la grefare şi tratament. Pe omogenate de splină şi ficat s-au dozat spectrofotometric acizii nucleoici prin metoda Schneider-Schmidt-Tanhauser (ARN prin reacţia cu orceină şi ADN cu difenilamină).

Menţionăm că, la extragerea acizilor nucleici din ţesuturile respective, n-am îndepărtat fosfolipidele, dat fiind faptul constatat şi de alţi autori că atunci cînd dozarea acizilor nucleici se raportează la pentoză şi nu la fosfor, prezenţa lor nu modifică rezultatele. Proteinele au fost dozate prin metoda Lowry. Toate citirile s-au făcut la spectrofotometrul Jouan. Datele obţinute au fost prelucrate biostatistic.

Rezultate. În urma transplantului de tumoră Guérin la 7 zile, conţinutul de ARN din splină este uşor crescut. Cele 3 tratamente aplicate au produs o scădere evidentă a sintezei de ARN, semnificativă însă numai în urma tratamentului cu imunostimulator, la care valorile au scăzut cu cca. 50% faţă de lotul normal şi faţă de animalele care au primit numai grefă de tumoră.

La 14 zile, în plin proces de cancerizare la lotul cu cancer fără tratament s-a observat o scădere semnificativă (p = 0,01) a ARN-ului din splină. Tratamentele folosite, au indus sinteza ARN-ului în acest moment al experimentului,valorile crescînd vizibil ; numai citostaticul a provocat o exacerbare a reacţiei, valorile fiind semnificativ superioare celorlalte 2 tratamente.

Şi ADN-ul din splina animalelor cu grefă a fost la valori semnificativ crescute la 7 zile (p = 0,01) faţă de lotul de referinţă. Valori ridicate ale ADN-ului în splină s-au semnalat şi în urma aplicării tratamentului cu citostatic. Imunostimulatorii, în primul moment al cancerizării, n-au acţionat asupra sintezei ADN-ului splenic, obţinîndu-se valori apropiate lotului martor. Tot în acest moment a scăzut sinteza ADN-ului la aplicarea tratamentului asociat

La 14 zile, valorile sintezei ADN la loturile cu cancer simplu şi la lotul injectat cu citostatic, au scăzut ; ultimul reducîndu-le pînă la valorile lotului martor. Celelalte 2 tratamente aplicate cu imunostimulator şi tratament asociat au avut ca efect scăderea continuă a ADN-ului, valorile situîndu-se peste valorile lotului normal.

Sinteza proteică din splină în primul moment al experimentului n-a fost evident influienţată de implantul de grefă sau tratamentele aplicate animalelor ; valorile situîndu-se în jurul nivelului normal.

La 14 zile, atît grefa de tumoră cît şi tratamentul aplicat au stimulat sinteza proteică din splină excepţie făcînd lotul cu tratament imunostimulator la care valorile au prezentat o uşoară creştere peste normal.

Subliniem că, în prima perioadă a cancerizării, în splină, raportul ARN/ADN a scăzut cu excepţia animalelor tratate cu citostatic la 14 zile de la începutul experimentului şi la lotul căruia i s-a aplicat tratamentul asociat.

In ficat, la 7 zile de la începutul experimentului, s-a constatat o stimulare a sintezei de ARN numai în urma aplicării tratamentelor cu citostatic şi asociat. Transplantul de tumoră Güerin şi tratamentul cu imunostimulator au menţinut valorile ARN-ului apropiate valorilor lotului de referinţă.

La 14 zile, cînd tumorile erau dezvoltate şi cînd se instalase o depresie imunologică, lotul cu grefă netratată a înscris o semnificativă sinteză de ARN faţă de momentul anterior, creşterea constatată şi la animalele care au fost tratate cu citostatic. Tratamentul asociat a scăzut valorile cantitative ale ARN-ului din ficat iar imunostimulatorii le-au menţinut în platou.

Sinteza ADN din ficat, în primul moment (la 7 zile), s-a situat la valorile inferioare lotului de referinţă, la toate cele 4 loturi. La 14 zile la animalele cu tumoră fără tratament şi la cele care au primit citostatic şi tratament asociat s-a observat o tendinţă de creştere a sintezei de ADN dar numai tratamentul asociat a depăşit cu puţin valorile lotului normal, celelalte 2 loturi atingînd nivelul acestuia.

La animalele care au primit imunostimulatori la 14 zile s-au constatat scăderi semnificative ale ADN-ului din ficat faţă de lotul de referinţă şi faţă de loturile celelalte.

Subliniem că, în ficat, raportul ARN-ADN a crescut în favoarea ARN-ului, deoarece ADN-ul a fost mai puţin afectat de tratamentele aplicate şi probabil şi datorită caracteristicilor organului respectiv.

Sinteza de proteine din ficat, la 7 zile a crescut uşor la animalele cu grefă de tumoră dar şi la animalele care au primit tratament asociat. La loturile tratate cu citostatic şi imunostimulator, valorile sintezei proteice au scăzut foarte puţin, la 14 zile constatîndu-se o tendinţă de revenire către valorile lotului normal. Aceeaşi reacţie de ameliorare a sintezei proteice din ficat s-a observat şi la animalele tratate cu tratament asociat. După cum reiese din tabele numai grefa de tumoră prin ea însăşi a produs o sinteză progresivă a proteinelor pe tot parcursul cancerizării animalelor, date observate şi de alţi autori la nivelul ficatului pe animale purtătoare de transplant de tumoră.

Discuţii :

Din cele prezentate, rezultă existenţa unei strînse interrelaţii între sintezele de acizi nucleici şi proteine şi tratamentele utilizate cu fazele procesului de cancerizare a organismului.

Cercetările biochimice moderne au demonstrat că majoritatea agenţilor antitumorali, în ciuda varietăţii structurii lor chimice, acţionează prin interferenţa lor cu un anumit stadiu a sintezei acizilor nucleici (în special ADN) sau al sintezei proteice intracelulare.

Modificările morfologice, subliniate de noi în splină au fost iniţiate de o serie de modificări metabolice ale celulei, care încep cu activări ale metabolismului fosfolipidic, legate de intensificarea schimburilor şi transformărilor la nivelul membranei celulare, amplificate prin sinteze de ARN ce declanşează, în final, sinteza ADN-ului, participant în procesele mitotice (Rabinowitz şi Wilhi, 1969, după Mesrobeanu).

Tulburările metabolice constatate şi de alţi autori la animalele cu cancer, prin tratamente aplicate, în diferite momente ale experimentului tind să se amelioreze.

In splină, sinteza de ARN, la toate cele 3 tratamente a scăzut în primul moment al experimentului, dar, în plin proces de cancerizare, acestea au stimulat sinteza ARN-ului care a crescut valoric, aspect opus reacţiei obţinute la lotul de animale cu grefă fără tratament. Sinteza ADN-ului care precede procesul de diviziune a fost crescută în urma transplantului de tumoră, curbele grafice fiind asemănătoare (în splină) cu cele obţinute în dinamica ratei mitozelor.

Transformările progresive pe care le suportă limfocitul „informat" şi angajat imunologic constau în diferenţierea acestuia către celulele bazofile active, bogate în material pironinofil paralel cu creşterea cantităţii de ARN, proces care ne-a dat o creştere valorică a ARNlului splenic. Acest proces celular este confirmat încă odată de valorile crescute ale ARN-ului din splină constatate în urma aplicării tratamentelor cu citostatic și asociat, acestea fiind stimulate în unele din fazele procesului de cancerizare. Raportul ARN/ADN, în general, în splină, a scăzut cu excepția momentului tardiv pentru citostatic și pentru aplicare de tratament asociat, pe tot parcursul experimentului.

În ficat, organ metabolic, aplicarea de tratament asociat și citostatic a indus sinteza acizilor nucleici, probabil, în raport cu ritmul crescut de transcriere a informației genetice, fapt susținut de mulți autori.

Proteinele, atît din splină cît și din ficatul animalelor cancerizate dar fără tratament, au crescut progresiv, rezultate ce concordă cu literatura (Dimitriu și colab., 1973) care corelează această creștere cu stabilirea unor mijloace de control aparținînd aparatului imun al organismului.

Variațiile sintezei acizilor nucleici și proteinelor din ficat se pot atribui nu numai componentelor chimice din tratamentele aplicate, ci și faptului că acizii nucleici participă activ în toate metabolismele și procesele enzimatice ale celulei hepatice.

Se poate afirma că, depresia imunologică exprimată morfologic prin depleția celulelor linfocitare, prin dereglările fosforilărilor oxidative și a celor metabolice, în general, constatate în splină dar și în ficatul animalelor în cursul procesului de cancerizare, au fost influențate pozitiv în urma aplicării tratamentelor imunostimulatoare aplicate secvențial dacă nu total, cel puțin parțial, în anumite momente ale acestui complex proces.

IMPLICAȚII MEDICO-SOCIALE ASUPRA PERSONALULUI FEMININ ANGAJAT ÎN SECTORUL INDUSTRIAL

P. Brânzei, M. Șelaru, Gh. Baciu
— *Iași*

Evoluția societății noastre cu ritm rapid de dezvoltare multilaterală, a determinat în mod corelativ, odată cu creșterea nivelului de civilizație materială și spirituală, ample transformări demografice care obligă, la reconsiderarea unor opinii depășite privind problematica medico-socială a proceselor de adaptare-integrare în procesualitatea socio-profesională și instructiv-educativă.

Personalitatea umană — expresie dinamică a triplei determinări bio-psiho-sociale — reflectă și reprezintă rezultatul influențelor modulator-formative ale ansamblului relațiilor sociale pe care înțelegîndu-le în sensul legitităților obiective, la subiectivează ideo-afectiv și le perfecționează totodată. Omul este creat de societate și creator al societății în același timp și de aceea problematica procesualității adaptative bio-psiho-sociale se abordează și se rezolvă în raport de evoluția societății și de exigențele sale la un moment dat.

Amplele transformări social-economice care au loc în țara noastră dezvoltarea științifică și tehnică ca și a nivelului de cultură a maselor populare, impun noi exigențe adaptative. Angrenarea în activitatea industrială a femeilor determinată de revoluționarea societății noastre a modificat în mod esențial cadrul relațiilor de microgrup familial, a stratului și rolurilor femeii în viața socială, implicînd în același timp modificări de concepție și de atitudine din partea întregii societăți.

Preocuparea pentru dezvoltarea multilaterală a societății și personalității, implică în mod necesar preocuparea pentru crearea condițiilor bio-psiho-sociale armonioase necesare activității socio-profesionale. În acest sens, considerăm că studiul fenomenelor de adaptare la activitatea productivă pe care o solicită industria și tehnica modernă, reprezintă o necesitate interdisciplinară de prim ordin în politica de continuă perfecționare a societății noastre socialiste în plină dezvoltare. Abordarea interdisciplinară a proceselor de adaptare este determinată de complexrtatea dialectică a factorilor de relație omul și mediul ambiant, cu valențele pe care le presupune adaptarea și respectiv riscul de eșec adaptativ.

În sensul celor de mai sus, serviciul Psihosocial (L.S.M.) al Spitalului clinic de psihiatrie este preocupat de studiul fenomenelor dezadaptative în activitatea productivă din principalele întreprinderi industriale ale municipiului Iași.

În acest sens, un studiu efectuat pe un număr de peste 17.000 salariați din întreprinderile principale ale municipiului Iași, a relevat o incidență a sindroamelor nevrotice într-o proporție ce oscila, de la o întreprindere la alta, între valori de 0,6—28% în raport cu totalul salariaților. Analiza aprofundată a cazurilor de bolnavi în evidență cu diagnosticul de nevroză a relevat prezența suferințelor viscero-umorale anterioare sau concomitente formulării acestui diagnostic într-o proporție de peste 75% ceea ce atestă includerea în cadrul nevrozelor a unor suferințe psihosomatice, sau a fenomenelor de oboseală sau suprasolicitare și asimilarea lor cu noțiunea de nevroză constituțională a cărei incidență reală nu depășește 10% din totalul bolnavilor aparținînd lotului cercetat dintre care femeile reprezentau 65%.

Menționăm că la I.I.S. „Țesătura“ Iași, unde majoritatea personalului este de sex feminin, morbiditatea prin nevroze era în 1967 de 181 cazuri cu un număr de 2731 zile incapacitate temporară de muncă și cu un indice de gravitate de 52,8. În anul 1972 se înregistrează 6602 zile de incapacitate temporară de muncă, cu un indice de gravitate de 129,60. În medie în fiecare an au fost în evilenţă 471 cazuri cu 4.430 zile I.T.M. şi cu un indice mediu de morbiditate de 87,1.

Aceste constatări ne-au determinat la analiza în echipă interdisciplinară a fenomenelor adaptative la I.I.S. „Ţesătura" Iaşi. Studiul a fost realizat pe un număr de 1825 salariate prin aplicarea unei metodologii complexe bio-psiho-sociale, cu scopul de a evidenţia cauzele fenomenelor de risc adaptativ în activitatea productivă a personalului feminin.

Studiul fenomenelor de oboseală a fost realizat prin aplicarea testelor de atenţie Bourdon-Anfimov Cod I şi Cod II şi testul Kraepelin pe un număr de 1825 femei.

Prelucrarea statistică a rezultatelor obţinute a evidenţiat că se încadrează în quartil 1 (quartil de risc adaptativ) 280 femei la test şi 250 femei la retest, pentru testul Bourdon-Anfimov. La testul psihologic cod I şi II s-au situat în quartilul I 182 femei, iar la testul Kraepelin 155 femei. Aceste rezultate atestă prezenţa fenomenelor de oboseală cu consecinţa lor negativă asupra fenomenelor adaptative la activitatea industrială. Rezultatele cele mai deficiente la test au fost obţinute la femei în tura II şi a III-a.

Aplicarea testelor de personalitate (Eysenck, Cattel şi W.M.) au evidenţiat particularităţile de reactivitate ideo-afectivă şi la personalul feminin cercetat. Astfel nevrozismul accentuat s-a constatat la un număr de 149 femei în timp ce atitudinea de introversiune a fost semnalată la 162 femei, cifre care se corelează cu un coeficient saturat de anxietate, evidenţiat pe un număr de 162 femei, iar anxietatea voalată la 69 salariate.

Valori apropiate privind trăsăturile de personalitate au fost obţinute şi prin aplicarea chestionarului W.M. care a permis evidenţierea unor fenomene de denivelare a echilibrului psihic emoţional pe un număr de 176 persoane.

Datele obţinute la testele psihologice corelate cu examenul sociologic şi medical, au arătat că din lotul cercetat, persoanele care au realizat scoruri deficitare la teste, aveau şi cel mai mare număr de zile de incapacitate temporară de muncă, aflîndu-se în zona de risc manifest de adaptare, cu perspectivă imediată de ieşire din cîmpul muncii.

Analiza concretă a fiecărui caz în parte de către echipa de medici, psihologi, sociologi, ergonomişti, economişti, ingineri, tehnicieni, asistente medicale şi sociale, a opiniat asupra creării unui sector de activitate, protejată, cu profil recuperatoriu pentru persoanele cu risc de eşec adaptativ.

Efectuînd analiza de diagnostic industrial a situaţiilor şi cauzelor neergonomice, a nesincronizărilor şi incidentelor critice între elementele sistemului om-maşină-mediu de la locurile şi operaţiile de bază, s-a creat un atelier de ergoterapie industrială integratoare, care a cuprins un număr de 350 persoane, ceea ce a permis recuperarea forţei de muncă într-o perioadă scurtă de timp, cu menţinerea salariaţilor în producţie, evitîndu-se astfel incapacitatea permanentă de muncă, realizîndu-se totodată, o importantă scădere a numărului de zile concediu medical.

Pe baza rezultatelor obţinute considerăm că organizarea în circuit dinamic a atelierelor de ergoterapie industrială integratoare, reprezintă unul din mijloacele de prevenire a riscului de apărare şi promovare a stării de sănătate fizică, psihică şi socială a populaţiei productive.

„PARA" PSIHOLOGIA, UN CÎMP, UN DOMENIU AL BIOELECTRONOMAGNETICII

Karl Bartha
— *Arad*

Fizica considerată şi reconsiderată, îndeosebi sub aspectul energetic al teoriei atomiste, ne permite înţelegerea intimităţii materiei în general şi al materiei vii în special. Consideraţiile şi reconsideraţiile susamintite privesc în primul rînd admiterea existenţei în univers a două forţe, a două energii fundamentale : energia gravitaţională sau gravifică şi energia electronomagnetică. Între aceste două energii fundamentale există un echilibru, există o simetrie în sensul că cu cît energia gravitaţională este mai mare, cu atît cea electronomagnetică este mai mică şi invers, adică cu cît energia gravitaţională este mai mică, energia electronomagnetică este mai mare. Aşadar, între aceste două forţe fundamentale există o legitate, un echilibru dinamic şi o reversibilitate cel puţin pînă la un punct şi moment dat. De pe acum ne permitem să simbolizăm energia gravitaţională prin însemnul Ep, prin care recunoaştem energia potenţială a unui sistem dat şi prin însemnul Ec relevăm energia cinetică, energia de acţiune şi interacţiune a unui sistem, fie el fizic sau biofizic.

O a doua considerare este cu privire la undele de materie (cîmpuri de forţă a legăturilor chimice), precum şi la cîmpurile „cuantice" a diferitelor particole elementare, pe care nu le admitem ca energii, ca forţe fundamentale ci, mai degrabă, ca forţe secundare, rezultante din interacţiunea celor două forme de energie fundamentală a materiei.

O a treia reconsiderare pe care ne-o permitem este aceea cu privire la existenţa particolelor fundamentale şi anume că noi, cu adevărat fundamentali, considerăm numai cîteva particole ca : protonul, neutronul, electronul, recte, antiprotonul, antineutronul, antielectronul şi eventual încă una-două particole, urmînd ca multitudinea particolelor, admise azi ca fundamentale în fizică, să nu fie altceva decît momente mai mult sau mai puțin efemere, rezultate pe de o parte în urma acțiunii și interacțiunii particolelor fundamentale amintite și, pe de altă parte, cu energiile gravitaționale și electronomagnetice propriu-zise. Menționăm că antiparticolele, adică „umbra", „imaginea în oglindă" a particolelor nu reprezintă altceva decît o simetrie naturală necesară a materiei, reprezentînd în ultima analiză un potențial de sarcină inversă față de particola respectivă.

În sfîrșit, o a patra și ultimă considerație este cu privire la atomul de hidrogen (și poate carbon), în sensul că diametrul nucleului de hidrogen o admitem ca fiind o a treia constantă universală, ca fiind o a treia unitate naturală de măsură. Este bine știut că în universul fizic nu se poate opera fără constanta lui Plank și fără viteza luminii pe care le considerăm constante fundamentale ale naturii, ale universului fizic propriu-zis. Admițînd existența unei a treia constante amintite, recte diametrul nucleului de hidrogen, noi admitem totodată o a treia unitate de măsură naturală și, în acest fel, ajungem la premizele unui concept material și unitar, la teoria unitară în care, cum spuneam, rolul de hidrogen pare a fi inestimabil, dat fiind simplitatea și universalitatea sa, el fiind găsit și regăsit atît în universul fizic, cît și în cel biologic și prin acesta el constituind totodată o punte, un pedicol peste „prăpastia" care separă cele două lumi, cele două universuri.

După considerațiile introductive, revenim cu unele precizări ale bioelectronomagneticii. Termenului de biotronică folosit cu alt prilej îl preferăm pe cel de bioelectronomagnetică, întrucît este mai funcțional și mai dinamic (aceleași considerații le avem și față de cuvîntul „electrono" față de „electro", care pare un termen prea tehnic și totodată mai puțin funcțional). Așadar, bioelectronomagnetica, azi o știință prevalent teoretică, mîine o știință a experimentului multiplu, a apărut ca o necesitate sintetică interdisciplinară, în urma conceptului unitar amintit, care ne-a permis elaborarea unei noi teorii de analiză a materiei vii, o teorie submoleculară, mai exact, bioelectromagnetică. Prin prisma acesteia admitem o nonă unitate de referință a materiei vii, o unitate morfo-funcțională predominant energetică pe care am denumit-o bioatom sau biotron.

Ca forme extreme recunoaștem existența a două grupări de biotroni : predominenți de structură și predominenți de funcție. Biotronul, indiferent că are un rol prevalent structural sau funcțional, este format și alcătuit pe baza unei piramide tetra sau hexagonală, așa cum reiese din diapozitivul nr. 1 și 2, bază în care atomul de carbon constituie piatra de temelie iar atomul de hidrogen solitar sau sub forma OH-ului, să constituie un veritabil și totodată fundamental biocatalizator. Se poate observa, în diapozitivele amintite, în centrul imaginei, baza piramidei, iar în dreapta ei se realizează o piramidă propriu-zisă care, în ansamblu, prezintă un potențial bioelectronomagnetic notat cu plus și în stînga bazei se realizează o umbră, o imagine în oglindă a piramidei propriu-zise, care de facto este o antipiramidă ce respectă principiul simetriei inverse și care în ansamblul ei realizează un potențial bioelectronomagnetic negativ. Notația Ep din centrul imaginei, respectiv din centrul bazei piramidale, reprezintă energia potențială și totodată una fundamentală a biotronului, iar notația Ec, fie pozitivă sau negativă de la extremitățile piramidei, reprezintă cea de-a doua formă fundamentală de energie, energie cinetică cu posibilitate de acțiune și interacțiune, precum vom vedea în continuare. Energia cinetică, această energie funcțională reprezintă factorul dinamizator, factorul de potențare al energiei statice, al energiei potențiale a biotronului. Modalitatea de potențare a acestei energii cinetice se exercită în cadrul unui influx circular, spiralar, de la periferie spre centrul biotronului și invers, asigurînd biotronului, fie structural sau funcțional, un cîmp biotronic dat și o anumită funcție de undă dată.

Aceste două atribute recte, cîmpul și funcția de undă, precum și posibilitatea de comunicare biotronică, așa cum vom vedea, este conferită de orînduirea și înlănțuirea geometrico-spațială a biotronilor, a diferitelor grupări biotronice, calități ce în ultima analiză sînt pendente de codul generic, mai exact, de codul biotronomagnetic.

Energia biotronului așadar este de natură electronomagnetică, mai exact bioelectronomagnetică, constituind o energie fundamentală a materiei vii și ea este realizată în urma unui ultim proces de foto-bioelectronogeneză. Din această energie fundamentală, pe care o considerăm o energie nespecifică a materiei vii, se realizează energia specifică, energia psihică, în urma unor prelucrări și concentrări a amintitei energii fundamentale. Hipotalamusul, îndeosebi prin nuclei postriori — zonele Hess — constituie un veritabil centru nodal de stocare, de prelucrare, de filtrare a energiei nespecifice într-una specifică și totodată reprezintă o haltă intermediară de amplificare, de potențare și totodată de integrare pînă la un punct dat al acestei energii specifice. Credem deci că hipotalamusul, întregul sistem reticulat, scoarța rinencefalică, îndeosebi prin porțiunea orbitală a lobului frontal, constituie un sediu important de realizare și integrare al acestei energii. Această energie specifică este de fapt energia psihică și într-o ultimă analiză este vorba de energie cinetică a biotronilor de hidrogen, aflați într-o mișcare de tip browneran, electroni care de facto reprezintă biocatalizatorul fundamental al vieții.

Fiecare biotron, fie prevalent de structură sau de funcție, cum spuneam, prezintă un cîmp și o funcție de undă, avînd trei modalități principale de comunicare, de interacțiune în funcție de felul și natura biotronului, precum și de aranjarea și înlănțuirea sa geometrico-spațială. Astfel biotronul recunoaște o comunicare :

1) Comunicare intrabiotronică realizată de influxul bioelectronomagnetic ;

2) Comunicare interbiotronică realizată în urma circulării unui flux bio-electronomagnetic între diferiți biotroni și diferite grupări biotronice ;

3) Comunicare extrabiotronică realizată de un flux bioelectronomagnetic, mai exact, de unde bioelectronomagnetice cu mediul ambiant. În această ultimă formă

de comunicare se înscriu fenomenele „psi-para", recte telepatia, telechinezia ş.a.m.d.

Desigur că în funcţie de natura biotronului, de orînduirea şi înlănţuirea lui geometrico-spaţială, aşa cum s-a arătat, se asigură o formă sau alta de comunicare, de transmitere a energiei informaţionale care este, cum bine am văzut, de natura bioelectronomagnetică.

Desigur, în condiţii considerate drept normă există o anumită simetrie, fie şi simetrie inversă, o anumită geometrie bine definită în spaţiu şi timp a biotronului, geometrie realizată şi de starea zis repaus sau starea de activitate.

În sfîrşit, în condiţii considerate extreme, exitus, asistăm conform imaginei simbolice fizico-matematice la o rupere, la o scindare per total biotronic între energia potenţială, energia statică şi cea cinetică funcţională, scindare energetică soldată cu destrămarea binomului, a cuplului Ep = Ec, în care infidelul aparent este Ec-ul, dar cum spuneam, el este aparent infidel întrucît chiar „divorţat" fiind, conform legilor de conservare şi transformare a materiei energetice în energia propriu-zisă şi invers, legi ale naturii, el nu se pierde.

În încheierea acestei lucrări, ne permitem să sugerăm o concluzie, cum că în filozofia ştiinţelor naturii, indiferent că este vorba de Parmenide, Thales, Democrit, Platon, Aristotel sau Descartes, Newton, Plank, Heisenberg ş.a.m.d. conceptul kantian al judecăţii sintetice a priori este astăzi mai actual ca oricînd, azi cînd civilizaţia tehnică încearcă şi nu reuşeşte să pericliteze civilizaţia morală, deci psihismul cu permanenţa şi eterna sa candoare şi fascinaţie.

SISTEMUL NERVOS :
BIOSTRUCTURĂ ŞI BIOCÎMP ÎN EVOLUŢIA SA

D. Bichiş
— *Bucureşti*

În cadrul cercetării biologice actuale, se desprind ca idei conducătoare două concepte : cel de biocîmp si cel de biostructură. Fiecare dintre ele are mai multe accepţii, potrivit autorului care le foloseşte. Pentru început vom încerca să delimităm sensurile pe care le acordăm acestor noţiuni.

În fizica contemporană, cîmpul este considerat ca fiind reprezentarea modernă a unei forţe, şi el ne arată cum se transmite în spaţiu o acţiune. Ceea ce predomină este interacţiunea şi nu acţiunea unilaterală. În conformitate cu teoria relativităţii einsteiniană, cîmpul determină distanţa spaţială dintre evenimente şi ca urmare spaţiul este înzestrat cu o structură capabilă să realizeze o funcţie.

Plecînd de la ideea că fiecărei funcţii îi corespunde o structură specifică, acad. E. Macovschi a ajuns la concluzia că pentru a putea realiza funcţiile biologice, materia vie trebuie să posede o structură specifică ce nu este întîlnită în afara organismului viu, nici chiar în cel mort. În vreme ce majoritatea celor ce folosesc noţiunea de biostructură se opresc cu ea la nivelul celei de-a patra structurări spaţiale a proteinelor, acad. Macovschi presupune existenţa unor nivele superioare de organizare a materiei moleculare în cadrul sistemelor vii, niveluri ce reprezintă o treaptă intermediară, un fel de echilibru dinamic între materia moleculară şi structura morfologică a organismului, care se distruge în momentul morţii sistemului, fără ca structura morfologică să fie perturbată.

În prezenta lucrare vom încerca să abordăm prin prisma acestei teorii problema biocîmpurilor, privite ca substrat al acţiunii unei forţe specifice viului, capabilă de acţiuni biologice nemaiîntîlnite la cîmpurile de natură fizică sau chimică.

Ideea de bază pentru înţelegerea acestei teorii este unitatea dialectică dintre biocîmp şi biostructură. Biocîmpul este generat şi întreţinut de biostructură, şi în acelaşi timp o reglează şi îi asigură o adaptare eficace la mediu. Biocîmpul este expresia energetică a biostructurii, iar biostructura se modelează potrivit biocîmpului.

Tema lucrării fiind evoluţia sistemului nervos ca rezultantă a evoluţiei simultane a biostructurii şi biocîmpului, este necesar să facem o incursiune în problema genezei materiei vii, pentru a o putea privi apoi în evoluţia sa.

E. Macovschi afirmă că se poate vorbi de apariţia materiei vii pe Terra doar în momentul apariţiei primei biostructuri, deci a primei organizări supramoleculare în care, odată integrate, moleculele aveau funcţii şi comportamente diferite faţă de starea liberă.

Pentru a înţelege rostul şi modul de apariţie a biostructurii, este util să ne reamintim faptul că viaţa a apărut în condiţii externe specifice : cîmpuri electrice, magnetice, elertromagnetice intense, radiaţii ionizante şi ultraviolete în cantităţi mult mai mari decît cele actuale. Orice sistem chimic pus în aceste condiţii primeşte o cantitate de energie care dacă nu este cumva folosită sau convertită, duce la completa dezorganizare a sistemului. Deci sistemele care au generat biostructuri au reuşit cumva să oprească aportul de energie din exterior, sau mai precis au reuşit să echilibreze aportul şi emisia de energie. Realizarea acestui echilibru dinamic, credem noi, reprezintă momentul apariţiei vieţii.

Pentru a înţelege cum s-a realizat acest echilibru, trebuie să ne amintim faptul că orice moleculă excitată cu o cantitate suficientă de energie începe să emită radiaţii (cuante de energie), a căror natură (frecvenţă) depinde de atomii din moleculă şi de tipul de legături care există între ei. Prin interferenţă, radiaţia emisă poate să sporească sau să anihileze un cîmp electromagnetic exterior, în funcție de defazare. De asemenea, sub acțiunea unui cîmp electric sau magnetic exterior, se produce o orientare a moleculelor cu proprieteăți electrice sau magnetice, care produce apariția unor cîmpuri electrice și magnetice proprii celulei, care pot interacționa cu cele din exterior. Sub acțiunea cîmpului gravitațional, s-a putut produce o ordonare în funcție de greutate și densitate a componentelor sistemului. Deci prin acțiunea cumulată a acestor factori a apărut o ordonare, o structurare a componentelor moleculare, care satisfăcea toate exigențele exterioare și, mai mult, era capabilă să asigure desfășurarea și menținerea proceselor vitale. Iată cum sub acțiunea factorilor din exterior s-a putut forma o biostructură înzestrată cu un biocîmp propriu, cu componente electrice, magnetice, electromagnetice.

Dar prin acțiunea radiațiilor ionizate și ultraviolete, structura primește o mare cantitate de energie. Problema izolării față de acestea a putut fi rezolvată prin selecționarea grăsimilor conținînd acizi grași nesaturați (deci posedînd multe legături cu electroni mobili) drept constituenți ai membranei celulare, datorită capacității acestora de a primi și înmagazina mari cantități de energie fără a se dezorganiza.

Așa ar putea fi explicată pe scurt geneza biostructurii și a cîmpului său. Încă nu putem vorbi de un biocîmp, ci doar de un „protobiocîmp" cu proprietățile oricărui cîmp fizic și care putea asigura echilibrul energetic al sistemului care îl genera. Calitatea de „bio" îi va fi acordată doar atunci cînd va căpăta proprietăți noi, specifice și biologic active.

Prin esența sa, acest cîmp este un canal de comunicare al sistemului biologic. El este mijlocul prin care se realizează schimbul de informații cu mediul. Dacă îi acordăm și o componentă chimică, el devine singurul canal de vehiculare a materiei, energiei și informației. El este expresia energetică a întregului sistem biologic, care îi asigură acestuia integralitatea. De asemenea, prin intermediul său se realizează în această primă etapă evolutivă și funcția de sensibilitate a sistemului. Orice modificări ale cîmpului de forțe exterior duc la modificări ale biocîmpului, și astfel apar modificări specifice ale biostructurii capabile să contracareze influențele perturbatoare fie prin generarea de cîmpuri, capabile să le anihileze pe cele exterioare, fie prin elaborarea de substanțe protectoare. .

Odată cu modificarea condițiilor exterioare prin evoluția sistemului solar, a Terrei, cu toate păturile sale (inclusiv sub acțiunea biosferei născînde), deci odată cu scăderea intensității tuturor cîmpurilor și radiațiilor, o parte din biostructura care genera cîmpuri de protecție a devenit inutilă, o povară pentru restul sistemului prin cheltuiala de energie și substanță. Dar în acest moment apar primele grupări de celule, colonii de tipul spongierilor actuali. Atunci cînd o parte din constituienții coloniei încep să se modifice pentru a îndeplini funcții specifice, a apărut necesitatea unei comunicări eficace între ele, pentru a se putea asigura integralitatea sistemului. Este perfect natural să presupunem că pentru a se realiza aceasta s-a folosit partea din celulă care era superfluă : vechiul sistem de generare a cîmpului de protecție. Deci acesta a început să fie investit cu noi funcții, modificîndu-se treptat pentru a le putea îndeplini. Este momentul în care ceea ce noi am denumit protobiocîmp începe să devină biocîmp, substratul material al unei forțe specific biologice. Este momentul unui salt calitativ de la generarea și transportul de energie la transportul de informație. Practic, acest sistem de comunicare s-a dovedit a fi atît de eficace, încît el s-a transmis filogenetic, fiind mai activ la embrion, dar apărînd și la țesuturile mature ca reglaj local, „de fond" al acestora.

Existența biocîmpului ca mijloc de comunicare și reglare la nivel celular esteconfirmată atît de lucrări mai vechi (A. Gurvici), cît și de lucrări mai noi (cele mai recente Fritz și Popp și I. F. Dumitrescu), emițîndu-se ipoteze asupra posibilității interpretării cancerului ca o perturbare a acestui cîmp. Este interesant faptul că radiația mitogenetică descoperită de Gurvici este specifică celulelor ajunse la acest stadiu al dezvoltării lor, și are efectul de a induce diviziunea și altor celule aflate în apropiere. Este cel mai bun exemplu pentru interdependența dintre biocîmp și biostructură.

Prin această ipoteză se explică unele date experimentale cum ar fi interacțiunea dinte plantele cultivate în rînduri alternante, care fie că se stimulează, fie că se inhibă reciproc, fără cauze biochimice aparente. Tot astfel, prin mijlocirea unui cod primitiv conținut în biocîmp și transmis filogenetic, se poate explica schimbul de informații între regnuri (experiențele lui C. Backester și A. Vogel).

Prin apariția diferitelor specializări ale celulelor, pluricelularele au continuat să evolueze. La un moment dat, pe scara evoluției apare sistemul nervos, reprezentat pentru moment de cîteva celule care înlesneau comunicarea între celulele sistemului. Cauza apariției sistemului nervos este destul de limpede după cele enunțate anterior. Prin creșterea numărului de celule și specificizarea lor, a apărut necesitatea ca intensitatea biocîmpului să crească pentru a se putea asigura legătura eficace între toate celulele sistemului. Dar aceasta necesita o sporire a energiei și substanței folosite în acest scop. Mai exista posibilitatea apariției unor celule specializate în preluarea, transmiterea și emiterea de cîmpuri biologic active mai ales în interiorul organismului. Pentru a realiza aceasta, biostructura celulelor respective s-a schimbat în mod corespunzător. S-a modificat deci și compoziția chimică a acestor relee care interconectau celulele corpului. Odată cu evoluția sa, biocîmpul generat de aceste celule s-a „abstractizat", devenind un fel de expresie concentrată a tuturor biocîmpurilor specifice ale fiecărui tip de celulă în parte. Doar prin elaborarea unui cod comun biostructurilor care realizau funcții diferite, avînd deci și biocîmpuri diferite, se putea realiza eficace o intercomunicare. Să remarcăm faptul că în această primă etapă, biocîmpul fiecărei celule continua să asigure relațiile acesteia cu mediul, deci sensibilitatea.

Momentul în care și o parte a funcțiilor de sensibilitate au fost transferate noului tip de țesut, care își asumă astfel responsabilitatea majorității schimburilor informaționale cu mediul intern și extern, reprezintă momentul în care „sistemul" nervos începe să predomine organismul, pînă atunci reglat şi condus de biocîmpurile biostructurilor. Este momentul în care apare un centru de decizie şi control unic, cu scopuri şi modalităţi unice. Din acest moment, reglajul încetează să mai fie produsul interacţiunii mai mult sau mai puţin eficace dintre diferite biocîmpuri şi, prin intermediul biocîmpului sistemului nervos, înzestrat cu un cod şi o funcţionare specifice, el capătă o optimalitate deosebită.

În general, procesul evolutiv este privit drept unul de eliberare a unor potenţialităţi ce sînt blocate la organizările brute ale materiei. Prin realizarea celulelor nervoase, a reţelelor de neuroni, viaţa a eliberat potenţialităţile latente de calcul logic şi matematic ale materiei vii (V. Săhleanu). Dacă judecăm astfel, trebuie să reevaluăm conceptele de bază din fiziologia sistemului nervos, ceea ce ne va permite să stabilim locul şi rolul biostructurii şi biocîmpului în activitatea sa.

Faţă de afluxul de energie şi informaţie, sistemul biologic poate lua diferite atitudini care îi permit realizarea anumitor performanţe. Acestea sînt (V. Săhleanu): asimilare, integrare funcţională, protecţie, adaptare, homeostazie, suprareglare, evoluţie, homeorezis, iniţiativă, şi mai ales o autoreglare a unor situaţii dialectice. Toate acestea sînt decizii luate de către sistemul nervos prin analiza datelor şi instinctiv (la animale) ori logic (la om).

În ultima vreme, instinctul este privit ca o structură de reacţii specifice automate, declanşabilă printr-o anumită configuraţie de factori externi. În dezvoltarea sa se poate observa o evoluţie de la un comportament rigid la combinarea decizională a unor subprograme în funcţie de situaţie, de organe de decizie înzestrate cu memorie. Primul tip de comportament este specific unei slabe dezvoltări a interacţiunii dintre celulele nervoase, care conţin fiecare cîte un program-tip, corespunzător regiunii pe care o reglează. Partea de biocîmp a biostructurii este folosită doar ca receptor de informaţii şi transmiţător al deciziilor. Practic, în loc ca fiecare celulă să îşi hotărască comportamentul, ele acceptă hotărîrea uneia dintre ele, care le este transmisă prin biocîmp. Este mecanismul reflexului care apare la toate treptele evolutive, avînd mari similitudini cu reflexivitatea monocelularelor, din care provine de fapt.

Celălalt tip de comportament reprezintă rezultatul unei prelucrări superioare a informaţiilor culese de către biocîmp. Pentru a fi posibilă o prelucrare superioară, a fost necesară apariţia unei structurări superioare, apariţia unui nou tip de interacţiune celulară specifică sistemului nervos. Aceasta reprezintă ceea ce tovarăşul acad. Macovschi denumeşte „noezistructură“, căreia noi îi ataşăm un noezicîmp. Apare o comparare a diferitelor rezolvări propuse şi o decizie care face o sinteză optimă a tuturor acestor rezolvări. Pentru acest tip de răspuns, partea ontogenetică este mult mai importantă decît cea filogenetică. Acest tip de comportament s-a dezvoltat în paralel cu dezvoltarea memoriei. Actualmente în neurocibernetică se definesc trei tipuri de memorie: de scurtă durată, corespunzînd circulaţiei informaţiei în circuite reverberante, una de lungă durată, bazată pe conexiuni intercelulare, de tip holografic, şi una definită de excluderea treptată a unor reacţii dintr-un ansamblu iniţial. (V. Săhleanu). Prin interacţiunea dintre instinctul transmis filogenetic şi părţile referitoare la modul de a răspunde unor factori externi, din memorie, se pot comanda comportamente specifice pentru fiecare situaţie în parte, conforme cu filo- şi ontogenia sistemului. V. Săhleanu subliniază rolul esenţial al imitaţiei şi jocului pentru elaborarea de asemenea scheme şi transmiterea lor de la un individ la altul, rolul lor în evoluţie şi adaptare.

În acest din urmă tip de comportament pe care continuăm (nejustificat în parte) să-l denumim instinctual, rolul biocîmpului este esenţial. Într-adevăr, nu putem înţelege procesele decizionale, care implică interacţiunea dintre părţi depărtate ale sistemului nervos altfel decît prin interacţiunea dintre cîmpuri. Acest mod de a trata mecanismul decizional este singurul viabil, singurul care poate într-adevăr modela această funcţie. Transportul de substanţe sau de purtători de sarcini electrice au loc cu viteze destul de mici, evident prea mici pentru a putea explica viteze de luare a deciziilor de către animalele superioare. În acelaşi timp, cunoscînd faptul că biocîmpul este expresia energetică a sistemului care îl generează, că celulele neurale sînt specializate pe producerea, recepţionarea şi emiterea de biocîmpuri, ar fi absurd să nu luăm în considerare posibilitatea interacţiunii dintre diferitele părţi ale noezistructurii prin intermediul biocîmpurilor proprii. Astfel pot fi modelate toate procesele logice, doar prin modificările induse reciproc de biocîmpuri, prin compararea lor, prin „acordarea“ lor, care corespunde deciziei luate. Toate aceste procese pot avea loc cu viteze mult superioare transmisiei informaţiei prin celulele nervoase, care reprezintă modificări specifice ale biostructurii, corespunzînd primei etape filogenetice a sistemului nervos.

Pe Pămînt, această evoluţie a ajuns la o culme prin apariţia sistemului nervos uman, a cărei arhitectură corespunde cel mai bine conceptului de noezistructură. Materie capabilă de a se cunoaşte pe sine, creierul uman înmagazinează în el tot ceea ce a realizat pînă la apariţia sa natura, şi are unele caracteristici proprii. De exemplu, pe plan perceptiv, după ce s-a făcut trecerea de la indiciu (parte din fenomen care indică prezenţa întregului) la semnalul venind de la o oarecare distanţă şi care avertizează, deci trecerea de la treapta inferioară la cea superioară a regnului animal, odată cu apariţia omului se face trecerea spre semne şi simboluri, ca rezultat final al acelui proces de abstractizare a biocîmpului pe care l-am amintit la început. Practic, apariţia conştiinţei reprezintă cel de-al doilea salt de la cantitate la calitate în evoluţia reflectării biologice (primul fusese apariţia sistemului nervos). Dar de această dată, saltul a avut loc pe alt plan, acela al unei structuri de celule nervoase, dar implicînd tot natura biocîmpului. Dacă la început au apărut celule care au preluat sarcina de a genera biocîmpul şi de a asigura astfel reglarea funcţionării organismului şi relaţiile acestuia cu mediul, în perioada humanogenezei, sub acţiunea factorilor externi cunoscuţi, a muncii şi a societăţii, noezicîmpul generat de ţesutul cerebral face saltul calitativ necesar devenind expresie a conştiinţei. Este remarcabil că în prima perioadă a humanogenezei, capacitatea craniană a omului-maimuţă nu diferea mult de cea a maimuţelor antropoide, dar el începea să fie capabil de operaţii logice mai complexe. Acestea erau rezultatul intensificării interacţiunilor dintre biocîmpurile creierului, în cadrul cărora presupunem apariţia unei ordonări deosebite, care va duce la transformarea arhitecturii ţesutului cerebral. Interacţiunea dintre noezicîmp şi noezistructură nu se mai face la nivelul biostructurii celulare, ci la un nivel superior (arhitectura ţesutului). Deci noezicîmpul îşi făureşte încet încet o structură care să îl suporte, o structură care să stea la baza noilor interacţiuni pe care le realizează, care să se poată modifica specific potrivit acestor noi modificări ale noezicîmpului. În aceeaşi perioadă apare şi cel de-al doilea sistem de semnalizare, ca o dezvoltare a mijloacelor de comunicare ale animalelor. El este un produs şi un factor evolutiv în acelaşi timp. Produs, deoarece el nu poate exista în afara unor operaţii logice complexe, specifice unei structuri de tip superior, şi factor evolutiv deoarece el oferă mijloacele de dezvoltare în continuare a operaţiilor care l-au generat, deci a structurii cerebrale. Putem privi limbajul drept o componentă a biocîmpului noezic, cea mai specifică dintre ele. Canalul de transmitere a limbajului a putut fi pentru început unul de natură deosebită — una dintre componentele fizice ale biocîmpului cerebral. Astfel se putea realiza o interconectare între mai multe noezistructuri ale unor indivizi deosebiţi, pe undeva asemănătoare cu interconectarea calculatoarelor actuale, ceea ce crea o reţea în care informaţia era prelucrată mai repede şi mai bine, la luarea deciziilor participînd şi experienţa fiecărui individ. Apoi, odată cu evoluarea organelor emiţătoare de sunete, vorbire a putut lua locul acestui sistem, care a involuat încet încet. Trecerea de la comunicarea de tip telepatic (extrem de probabilă dacă ne amintim faptul că în această perioadă noezicîmpul era important mai ales prin energia pe care o transmitea) la cea de tip vocal (care implica un consum mult mai mic de energie pe unitate de informaţie, şi care apare şi se dezvoltă în paralel cu accentuarea rolului informaţional al noezicîmpului şi scăderea preponderenţei energetice), are un rol extrem de important în dezvoltarea conştiinţei. Ea marchează apariţia ideii de Eu, tocmai prin această segmentare a acelui conştient primitiv într-un număr de conştiinţe personale.

Experimentele pentru investigarea fenomenului telepatic au relevat faptul că acesta are la bază procese rudimentare, care pot fi identificate cu această primă perioadă de evoluţie a umanităţii. Mesajele fie că conţin simboluri simple, apropiate de cele manipulate în acea perioadă, fie că conţin informaţii cu un conţinut afectiv deosebit pentru persoana receptoare, care de asemenea sînt concordante cu perioada despre care vorbim.

Este interesant de remarcat faptul că acest transfer al comunicării spre vorbire, legat ulterior de apariţia scrisului, corespunde unei evoluţii a noezicîmpului, care, deşi aparent se segmentează în conştiinţe individuale, continuă să aibă o componentă suprapersonală, reprezentată de patrimoniul cultural al societăţii. Prin acesta, se realizează o punere în comun şi în acord a tuturor impulsurilor personale, se realizează o structurare a noezicîmpurilor, care asigură integralitatea şi funcţionarea societăţii.

Această lucrare nu are alt scop decît o punere a problemei, care este mult prea vastă pentru a putea fi tratată într-un spaţiu atît de mic. Dar credem că ea va avea darul să facă să se nască în auditori probleme, care să fie rezolvate într-un mod creator.

ESTE SISTEMUL NERVOS SINGURA STRUCTURĂ CAPABILĂ SĂ PRELUCREZE INFORMAŢII ?

C. M. Dumitriu
— *Bucureşti*

Se admite astăzi că primele forme organizate de viaţă şi deci cap de serie al întregii lumi vii sînt protozoarele, fiinţe monocelulare, virusurile fiind considerate ca o formă intermediară, de trecere între materia vie şi cea nevie.

Structura lor rudimentară le permite o funcţionalitate mult simplificată faţă de fiinţele pluricelulare. Respiraţia se face prin difuziunea directă a oxigenului din atmosferă în citoplasma celulei ; digestia prin includerea hranei în invaginaţiile citoplasmei şi digerarea lor în vacuole digestive ; excreţia prin deschiderea vacuolelor cu deşeuri în afara celulei. Să urmărim ce se întîmplă pe treptele imediat următoare de evoluţie şi organizare a viului, adică la organismele în structura cărora apar mai multe celule. Pe măsură ce înaintăm pe scara filogenetică constatăm că funcţionalitatea organismelor evoluează, se amplifică pentru a satisface cerinţele unei structuri mereu mai complicate. La îndeplinirea unei funcţii încep să participe tot mai multe celule. Se ajunge astfel la structuri diferenţiate, specializate — organe, sisteme de organe. Funcţia de respiraţie prin difuziune a oxigenului la celula primitivă este preluată la organismele pluricelulare de organe specializate care ajung prin perfecţionare la aparatul pulmonar al vertebratelor superioare. Funcţiile de digestie şi excreţie vor fi îndeplinite de aparatul digestiv şi excretor ş.a.m.d.

În acest ansamblu viu format din mai multe celule, apare necesitatea unei structuri care să preia comanda întregii colectivități și s-o orienteze spre atingerea finalității sale: autoconservarea și reproducerea. Țesutul destinat acestei funcții capitale pentru viața organismului, va fi după cum am mai spus, sistemul nervos.

Funcția de coordonare și de integrare a sistemului nervos nu are nici un reprezentant în structurile anatomice ale protozoarelor. Primul element structural nervos apare, după Ramon Y Cajal, la celenterate, fiind reprezentat printr-un singur neuron cu dublu circuit, receptor-efector. Pe treapta următoare de evoluție apar circuite nervoase alcătuite din doi neuroni senzitivi și motori, pentru ca în stadiile ulterioare să se adauge neuronii intermediari cu rol de asociație între fluxul de informație primit și cel emis de organismul viu, adică între neuronii receptori și efectori. În raport cu evoluția viului aceștia se vor aduna în formațiuni numite centri nervoși și ganglioni cerebroizi, apoi o parte din ganglioni vor suferi procesul de encefalizare ajungîndu-se la creierul pe care-l cunoaștem astăzi la om. Aceasta reprezintă, însă, numai un punct de vedere asupra dezvoltării filogenetice a sistemului nervos. Încă în 1949, E. A. Pora descrie pentru prima oară în lume ca rezultat al propriilor cercetări, primul reflex coordonat apărut pe scară filogenetică la celenterate, demonstrînd că organizarea sistemului nervos la acest nivel nu este așa de simplă și mai ales, că indiferent de structură, funcționalitatea sa corespunde perfect cerințelor organismului.

Sub raport funcțional se admite că reglarea proceselor metabolice interne la ființele unicelulare s-ar face exclusiv prin proteine cu activitate enzimatică. La acest nivel nu se cunoaște o structură nervoasă, după cum am mai menționat. Pe trepte superioare de organizare ale lumii vii, apare o funcție nouă, dirijată de sistemul nervos al vieții de relație cu rol de integrare a organismului în mediul ambiant. Intervine acum o diferențiere funcțională. O parte din sistemul nervos se va ocupa de funcțiile vegetative, de importanță vitală pentru existența individului și care (cît de inteligentă a fost natura!), le-a lăsat ca mod de desfășurare, în afara controlului rațional. Conștiinței le-a impus doar ca trebuințe, individul fiind recompensat prin „plăcere" pentru satisfacerea lor. Credem că ar fi fost un dezastru pentru biologie dacă întreaga funcționalitate a unui angrenaj de miliarde de celule ar fi trebuit să fie condusă conștient. Dar cum finalitatea speciei constă în perpetuarea sa, nu era posibil să se lase la discreția unui individ dacă vrea sau nu să-i continue lanțul existenței. Pentru acest motiv glasul speciei este atît de pregnant în instincte iar lupta cea mare a omului, adică a conștiinței este dusă în țara lor.

O altă parte a sistemului nervos și-a asumat funcția de întreținere a relațiilor individului cu mediul. Din reflectarea la nivelul creierului a mediului intern și extern rezultă procesele psihice, adică fenomenul de conștiință. În alți termeni exprimat, din integrarea la nivelul sistemului nervos a informațiilor primite din interiorul și dinafara organismului apare un comportament adecvat. Cînd sediul integrării îl constituie scoarța cerebrală, comportamentul este numit rațional.

Se ridică întrebarea: un comportament adecvat nu este rațional? Există totuși o rațiune a speciei, de care am vorbit mai sus, iar specia este exprimată prin indivizi.

Poate exista o populație rațională formată din indivizi iraționali?

Drăghici (în opera citată) subliniază în acest sens că activitatea organismelor vii nu se desfășoară la întîmplare ci este „legic determinată și finalizată". Conduita lor este orientată spre realizarea „scopului fundamental" autoconservarea. Este un comportament instinctiv, bazat pe programe fixe, înnăscute, expresie a experienței acumulată de specie. Dar în afara sa, ca și I. Drăghici, noi considerăm că trebuie să existe și posibilitatea de elaborare a unei conduite în funcție de experiența proprie a individului și nu numai a predecesorilor săi. Nimic din universul cunoscut de noi n-ar putea prevedea acești factori față de care un animal va trebui să reacționeze de-a lungul vieții sale. De altfel, realitatea însăși o confirmă pînă și plantele sînt capabile să „memoreze" unele experiențe la care sînt supuse de om.

Dacă ambele tipuri de conduită nu urmăresc decît realizarea unei finalități „raționale" conservarea și perpetuarea individului și a speciei, înseamnă că fiecare individ poartă în sine un grăunte rațional, indiferent de locul său în ierarhia filogenetică. Este fără îndoială că pe trepte inferioare de evoluție comportamentul automat, instinctiv este prevalent.

Apariția conștiinței la om îi oferă posibilitatea de a se elibera în mare parte de sub imperiul instinctelor. Fiziologia umană nu va mai fi condiționată strict de mediul natural. Grație rațiunii constructive, omul își îmbunătățește condiția de viață, își diversifică și își optimizează posibilitățile de satisfacere a cerințelor impuse de fiziologia sa. Conduita sa nu va mai fi dictată „orbește" de specie ci va fi o rezultantă a condiționării sale fiziologice, sociale, morale și culturale. Modalitatea în care apar aceste conduite am abordat-o în capitolele precedente și vom mai avea prilejul s-o discutăm. Să ne oprim acum asupra unei alte fațete a dezvoltării filogenetice a sistemului nervos, în raport cu funcția sa care ne va conduce la concluzii deosebite față de ceea ce știm.

Funcția de integrare în mediu, deci funcția de decodificare a informațiilor venite dinăuntrul și dinafara organismului apare prin sistemul nervos abia la metazoare, ca organisme aflate pe o treaptă mai înaltă de dezvoltare. Dar această funcție nou apărută filogenetic înseamnă oare că era total absentă la matca inițială a vieții, respectiv la celula primară? Aparent da, logic nu. Apariția plămînilor nu înseamnă absența funcției de respirație la protozoare și observația este valabilă și pentru alte funcții. Ni s-ar putea replica prin aceea că apariția ulterioară a organelor pentru vedere, auz și gust nu implică prezența lor la paramaecium. Nu înseamnă prezența lor, dar acestea sînt reprezentate prin funcția cililor vibratili și prin proprietatea de excitabilitate a citoplasmei, care, sîntem de acord aici, nu necesită prezența unei structuri nervoase.

Am discutat mai sus că un sistem deschis, și viața este organizată pe acest principiu, implică un permanent schimb de substanță, energie și informație cu mediul. Fără acest schimb nu poate exista viața. Dar viața există și la nivel monocelular. Fără posibilitatea de a percepe informațiile cu semnificație favorabilă sau nocivă din mediul ambiant un protozoar nu ar fi rezistat în competiția pentru viață. Aceeași observație este valabilă și pentru plante. O plantă execută operațiuni chimice cu performanțe neatinse de om. Întreaga lume vie trăiește pe seama lor, drumul de la materia anorganică spre cea organică trecînd prin frunzele lor. Începem să fim confruntați cu observații care, după cum vom vedea, par să ateste la plante existența unor proprietăți ce nu le cunoaștem decît la organismele înzestrate cu sistem nervos. Dar cum știința n-a dovedit încă prezența sistemului nervos la nivelul lor, rezolvă însă simplist și comod dilema : le neagă.

Noi considerăm că sistemul nervos, așa cum îl cunoaștem, nu este singura structură capabilă să prelucreze informația la nivelul organismelor vii. Apariția și perfecționarea sa pînă la forma și performanțele pe care le găsim la om nu reprezintă decît o necesitate a unui substrat capabil să prelucreze informații de o complexitate proporțională cu structura și fiziologia sa. Aceasta nu exclude însă posibilitatea ca la nivele mai simple, primare, de organizare a sistemelor biologice să existe alt gen de formațiuni capabile să prelucreze informații cu un conținut mai puțin complex. De aceea trebuie să admitem ipotetic *existența la nivelul tuturor celulelor vii a unei structuri echivalentă sistemului nervos.* Dacă admitem această ipoteză, obținem un alt orizont în interpretarea lumii vii, cu consecințe pe multiple planuri, așa cum vom vedea mai tîrziu.

Toate sistemele vii indiferent de nivelul lor de organizare, ne apar în această viziune capabile să recepteze, să prelucreze și să emită informații. În acest mod toate sistemele vii apar dotate cu posibilități care corespund exact trebuințelor lor. Cu alte cuvinte fiecare ființă vie își ajunge sie-și.

La concluziile prezentate de noi mai sus, am ajuns pe o cale absolut teoretică, obligați de nevoia de a interpreta o serie de fenomene din lumea vie care „refuzau“ să se încadreze în tiparele cunoscute.

Sub forma unor ipoteze asupra universului biologic le-am comunicat în 1974. Acestea reprezentau însă doar deducții logice, nesprijinite pe argumente palpabile.

Prin apariția în 1978 a lucrării „Am întîlnit animale cu obiceiuri curioase“ a acad. E. A. Pora, am avut surpriza să constatăm o serie de vederi apropiate bazate de astă dată pe argumente vii, culese cu migală și ingeniozitate într-o viață de biolog.

Prin bălțile de pe la noi trăiesc o mulțime de protozoare ca Paramaecium, Vorticella, Stentor, Balantidium etc. Paramaecii sau infuzorii, cum li se mai spune, au mișcări coordonate. Își mișcă cilii mai repede sau mai încet în funcție de „interesele“ animalului, se întorc chiar din drum cînd întîlnesc un obstacol sau îl ocolesc. Spre exemplu, nu includ ca pe o hrană picăturile de tuș și nici alte obiecte inutile lor, după cum plantele carnivore, lipsite de asemenea de sistem nervos, nu încep să digere pietre și metal dacă li se oferă experimental, dar o fac la cea mai firavă atingere cu o insectă (!). Atît la Paramaeci cît și la Vorticella, cilii nu se mișcă la întîmplare ci „bat metacron, adică într-o anumită succesiune“, mișcare comparată cu aceea a „unui lan de grîu bătut de vînt“.

În fața unui astfel de comportament adecvat, orientat al ființelor unicelulare lipsite de o structură care să le orienteze, să-l lăsăm pe E. A. Pora să ne spună concluziile sale : „Înseamnă că există un centru de reglaj al întregii mișcări ciliare, care se găsește undeva în interiorul celulei și care primind anumite excitații de mediu determină mișcarea ciliară adecvată“. Și mai departe : „...la orice nivel relația dintre organism și factorii de mediu se realizează prin sistemul nervos, indiferent de starea lui de dezvoltare morfo-funcțională. Așa se poate explica adaptarea perfectă a acestor animale inferioare la condițiile de mediu și persistența lor în cursul timpurilor“.

Pentru o înțelegere cît mai clară prezentăm sintetic ideile enunțate mai sus. Existența vieții presupune un schimb obligatoriu de substanță, energie și informație cu mediul. Acest schimb implică la rîndul său un comportament orientat, adecvat : căutarea hranei, evitarea pericolelor. Funcția de integrare a organismelor în mediu îi este atribuită numai sistemului nervos. Sistemul nervos nu este atestat însă ca structură la organismele monocelulare, care sînt primele forme de viață organic constituite. Comportamentul lor studiat pe viu se dovedește a fi adecvat cerințelor organismului într-o manieră ce pare a fi expresia unui sistem nervos. Dispunem prin această observație de o confirmare practică a principiului teoretic că la toate nivelele viața presupune prelucrare de informație și decizie adevată. Dar cum nu cunoaștem un sistem nervos la nivelele primare de organizare a vieții, pentru explicarea fenomenului, noi popunem ipoteza, susținută de argumente teoretice și practice, *a existenței unei structuri capabilă să prelucreze informația la toate nivelele de desfășurare a vieții, inclusiv monocelular.* Noi, considerăm că trebuie să existe în toate celulele vii, indiferent de nivelul evolutiv, ori o formațiune de tip nervos, ori alte formațiuni apte să îndeplinească funcția sistemului nervos. A nu admite această ipoteză, înseamnă a lăsa o poartă deschisă interpretărilor metafizice. Acceptarea lor însă ne oferă o cale de interpretare materialistă pentru fenomene ca „percepția primară“, sensibilitatea la plante.

INFORMAŢIA BIOLOGICĂ ÎN UNELE TESTE DE TOXICITATE

Mioara Godeanu, V. Boghean

— *Bucureşti*

Dezvoltarea impetuoasă a ştiinţei dominată de cibernetică conduce la canalizarea inevitabilă a preocupărilor spre conceptul de informaţie, viu disputat de diversele ştiinţe, îmbogăţit şi interpretat.

Informaţia biologică mai ales presupune o abordare inter şi multidisciplinară. Conceptul de informaţie prin complexitatea sa este legat de o altă serie de concepte cuprinse în el, ca gradul de organizare al structurii, calitatea şi cantitatea, legătura cu energia, legătura cu sursele emiţătoare şi receptoare precum şi canalele de transmisie a informaţiei.

Pentru definirea categoriei de informaţie, J. Bonis (1979) pleacă de la interacţiune, interdeterminare sau conexiune, ajunge la reflectare şi în cele din urmă la informaţie.

Informaţia este materie ? întreabă M. Drăgănescu (1980). Răspunzînd la întrebare acelaşi autor arată că „orice informaţie are un suport care evident nu poate fi decît material, informaţia fiind mai mult decît amprenta ei în suport, depinde de natura suportului, de posibilităţile acestuia de a purta amprente informaţionale sau de a da uneori rădăcini semantice informaţiei“.

A. Boone (1975) arată că „popoarele unor epoci mai vechi se pare că au fost mari virtuoşi în arta de a trăi fiind îndeosebi stăpîni pe ştiinţa delicată a raporturilor armonioase cu toate fiinţele şi lucrurile, refuzînd bariere între mineral şi vegetal, între vegetal şi om. Orice lucru era considerat ca un partener în unitatea universală, fiecare avînd o contribuţie individuală dar cu un limbaj comun. Putem noi oamenii moderni să regăsim acel limbaj universal aparent pierdut ?“. Iată o altă întrebare pusă de autor la care răspunde el însuşi prin exemplificări de interferenţă a informaţilor mai bine-zis a cîmpurilor bioenergetice între mamifere, reptile, insecte şi bacterii, cu care încearcă o cooperare, deschizînd de fapt un vast cîmp de explorări.

V. Soran (1978) afirmă că dintre toate sistemele fiinţînd în natură, gradul cel mai mare de complexitate a fost atins de sistemele vii, această circumstanţă deşi împovărează studierea lor, deschide perspectiva găsirii unor noi legalităţi care să permită ample generalizări teoretice.

Informaţia biologică apare ca o proprietate a viului, decelată foarte greu şi nu de puţine ori, confundată sau contrazisă de gîndirea actuală.

Transmiterea informaţiei la plante se pare că este cunoscută de multă vreme. Astfel în 1907 apare Plant response iar în 1913 Researches of Irritability of Plants, lucrări deosebite, aparţinînd lui J. C. Bose cercetător indian de prestigiu care şi-a dedicat patru decenii acestui teren dificil şi delicat (cit. E. Pop 1938).

Prima tentativă publică de afirmare a schimbului informaţional între om şi plantă se datoreşte mult controversatului C. Bakster (1966) cit. Tompkins şi Bird 1975, urmat de M. Vogel 1976, prin care informaţia biologică se conturează şi a cărei semnificaţie incită o multitudine de întrebări.

Prelucrînd o serie de date din experimentările curente de laborator în 1979 (M. Godeanu şi colab. 1980) colectivul reuşeşte să evidenţieze grafic, utilizînd plante de apă, semnale coincidente mult controversate chiar în sînul colectivului. Fenomenul semnalat însă şi prin alte metode de exemplu chimice sau electronografice nu poate fi infirmat sau trecut cu vederea. Care este natura lui, care este canalul de transmisie, iată numai cîteva din întrebările care se pun.

Cercetările de toxicologie efectuate pentru stabilirea limitei uneia sau alteia din substanţele utilizate în prezent pentru ierbicidare, spre exemplu, au la bază teste de toxicitate internaţionale, standardizate.

Încercările efectuate nu au condus în majoritatea cazurilor prin rezultatele obţinute, la stabilirea unor martori cu valoare reală. Această afirmaţie poate creia pe bună dreptate, proteste din partea specialiştilor. Dar iată că reluînd experimentările cu deosebită atenţie, utilizînd plante cu sensibilitate sau reactivitate mai mare, plante natante sau submerse, constatăm primele nepotriviri de valori la adresa martorilor. Se continuă experimentările, intenţionat cu alge unicelulare, plante submerse, crustacei, gasteropode sau peşti exotici — gupy aceştia din urmă fiind des utilizaţi în standardele internaţionale. Rezultatele obţinute indică la un procent de peste 80% transmiterea unei informaţii pe care o numim biologică, bănuind-o de natură biologică. Pentru a ne lămuri încercăm să dăm cîteva exemple din experimentările efectuate.

În cazul testării limitei de toxicitate şi a influenţei asupra unor componente din biocenozele ecosistemelor acvatice, posibil de afectat, s-a utilizat soluţie cu conţinut ridicat de triazină activă (atrazin), adăugată în doze diferite în vase de experienţă special pregătite. Astfel în vasele de sticlă cu capacitate de 5—10 l se introduc, apă de robinet şi plante cu biomasă cunoscută (10—20 g masă verde). Plantele de experimentat au fost *Pistia stratiotes, Vallisneria spiralis, Elodea canadensis.* După dozări repetate timp de 48 ore în momentul în care se obţine o stabilizare a valorilor de oxigen dizolvat, se procedează la administrarea toxicului, în cazul nostru soluţia de triazină în proporţii diferite. După încă 24 ore se testează valoarea oxigenului dizolvat în toate vasele inclusiv la martori. Analiza valorilor rezultate indică o scădere faţă de cele înregistrate iniţial, la toate testele, proces previzibil datorită stării de inhibiţie sau stres a plantei sau mai bine zis, acţiune asupra fotosintezei. Fenomenul însă care pune întrebări este acela prin care scade şi valoarea martorilor la valori asemănătoare cu valoarea întîlnită la vasele testate în care sau introdus soluţie de triazină activă în concentraţii diferite.

Luînd în considerare acurateţea execuţiei experimentatorilor, a faptului că substanţele nu sînt volatile şi că nu există posibilitatea fizică de transmisie a substanţei în vasele martor, singura presupunere este aceea a unui schimb informaţional de origină biologică. În cazul acestui set de experimentări s-a folosit *Pistia stratiotes*. Un alt set de experimentări a fost realizat pe plante submerse şi anume pe *Elodea canadensis*. Respectînd aceleaşi tehnici în experimentare ca şi în cazurile precedente, utilizînd aceiaşi soluţie stresantă, constatăm scăderea valorii martorului la fel cu aceia obţinută în cazul vaselor testate cu triazină.

Experimentările efectuate cu *Vallisneria spiralis* în aceleaşi condiţii şi acelaşi tip de stres duce la rezultate asemănătoare în ceea ce priveşte valoarea probelor martor.

Efectuînd experienţe cu $HgCl_2$ concentraţia de 1 mg/l la speciile de plante acvatice indicate mai sus constatăm apariţia de interferenţe şi în acest caz între valorile martorilor şi cele ale vaselor în care s-a administrat toxicul.

O atenţie deosebită am început să acordăm testelor efectuate cu dafnii, unde constatăm cu surprindere că numărul indivizilor din probele martor egal iniţial cu al testelor indică o mortalitate mai mare ca şi cum ar fi cumulată faţă de vasele în care s-a administrat toxicul (şi în acest caz s-a lucrat cu triazină activă)

Răspunsurile primite în cazul utilizări gupylor şi de altfel la melci sînt asemănătoare în numeroasele experimentări efectuate.

Aceste experimentări pun o multitudine de întrebări enunţate chiar de la începutul acestei lucrări, dar una dintre acestea se face remarcată. De ce pînă în prezent nu au fost sesizate oficial incompatibilităţi la testele de toxicitate?

O serie de specialişti interogaţi în mod particular arată că de foarte multe ori experienţele erau repetate fie că nu a existat atenţie din partea operatorului acuzat de experimentator fie că nu au ieşit de „prima dată pur şi simplu“ fie că repetat de mai multe ori a răspuns dorinţei noastre de a diferenţia testul de martor. Aici intervine o a doua întrebare pe care o punem şi anume nu cumva şi în acest caz apare la experimentări repetate un fenomen de oboseală aşa cum am constatat în cazul unor răspunsuri înregistrate? Acest fenomen poate fi şi ca o reacţie de apărare a organismului împotriva stărilor de stres. De asemeni de ce pornind de la aceste plante experimentale ne-au atenţionat şi asupra celorlalte organisme animale? De ce nu apare fenomenul 100% şi de ce se manifestă şi la distanţă?

Iată motivul pentru care noi am încercat să prezentăm probleme cu care ne confruntăm şi care ascund implicaţii cu consecinţe nebănuite în echilibru om—natură.

LONGEVITATEA ESTE ÎN FUNCŢIE DE ARGONIDELE GRELE ?

D. Ionescu-Pantelimon
— *Bucureşti*

Despre mecanismul care asigură longevitatea celulei şi organismului, lucrările pe care le cunoaştem noi sînt foarte lacunare şi insuficient de concludente.

Mai mulţi autori, referindu-se la condiţiile de mediu fizic, susţin că longevitatea ar fi favorizată de munte, litoral, climă moderată pînă la rece. În acord cu aceste susţineri am ajuns la concluzia că prin condiţii de mediu fizic putem să înţelegem şi gradul de concentraţie a argonidelor grele (argon, kripton, xenon şi radon) în aerul din atmosferă, hidrosferă şi biosferă.

Cunoscînd faptul că argonidele grele prin efectul presurizării naturale se dizolvă în apa celulară şi interstiţială unde formează hidraţi-cristalini clatraţi (structuri în care moleculele de apă edifică schelet de legături de hidrogen asemănător cu al gheţii) şi faptul că la animalele poikiloterme ca şi la cele hibernante, menţinute la temperatură scăzută li se prelungeşte apreciabil existenţa, am ajuns la concluzia că longevitatea este asigurată de hidraţii-cristalini clatraţi care prelungesc timpul dintre fazele de multiplicare sau opresc multiplicarea celulei.

Afirmaţia lui O. Pflügfeder, şi a altor autori, că diviziunea celulei reprezintă sfîrşitul, moartea unui oarecare individ, pentru că celulele care rezultă nu sînt întrutotul identice cu celula-mamă, conduce indirect la concluzia că argonidele grele, în concentraţie normală, opresc multiplicarea celulei, opresc moartea celulei dîndu-i longevitate.

Observaţia noastră, în această privinţă, este aceea că între seisme, concentraţia de argonide grele în apa potabilă şi numărul de longevivi există o relaţie de genul cauză-efect.

Faptul cunoscut că în apa fîntînilor localităţilor aflate în zonele frecvent seismice, creşte concentraţia argonidelor grele între două seisme, şi faptul observat de noi că un număr mare de localităţi în care trăiesc mulţi longevivi se află în zonele frecvent şi intens seismice, pare să fie semnificativ.

Zonele: Vrancea (RSR), Rodope (RPB), Valea Vilcabamba (Ecuador), Islanda, Rio Grande do Sul (Brazilia), Iran, R.S.S. Lituania, R.S.S. Uzbecă, R.S.S. Gruzină, R.S.S. Azerbaidjan, R.S.S. Caucaz, R.S.S. Daghestan, R.S.S Iakuţia, Verhoiansk-Siberia şi altele, cunoscute pentru numărul mare de seisme şi pentru marele grad de intensitate seismică sînt, după cum am constatat noi din lucrările de specialitate şi din presă, zone în care a fost înregistrat cel mai mare număr de centenari şi longevivi.

Dacă avem în vedere faptul că în unele zone muntoase, caracterizate prin roci vulcanice şi dure, bogate în argonide grele, apa potabilă este mai bogată în gaze nobile grele, comparativ cu apa provenită din izvoarele rocilor calcaroase, atunci putem afirma că munţii care pot îmbogăţi apele potabile cu argonide grele oferă condiţii fizice longevive iar cei care nu au argonide grele (munţii calcaroşi) oferă condiţii fizice breviative vieţii.

M. G. Voronkov şi colab. (1974), şi alţi autori, arată că în regiunile calcaroase îmbolnăvirile de cancer sînt frecvente spre deosebire de regiunile bogate în siliciu (antagonistul calciului) în care îmbolnăvirile de cancer sînt mai rare. Marea abundenţă a siliciului în rocile cristaline bogate în argonide grele, descrisă de literatura de specialitate, este un argument în favoarea concepţiei noastre descrisă mai înainte.

Studiile făcute de Al. Ciucă, R. Cresin (1964) şi Al. Ciucă (1963) în cadrul Institutului de geriatrie, cu privire la raportul dintre diferite ecosisteme şi longevitate, în care s-a constatat că din cei 487 de centenari, cîţi trăiau în ţara noastră în anul 1963, numărul centenarilor în Dobrogea era de 12 ori mai mare decît în regiunea Mureş, pledează în favoarea concepţiei noastre dacă, bineînţeles, se are în vedere faptul că presiunea medie anuală a aerului atmosferic în Tg. Mureş este de numai 977 (mb), iar în Sulina este de 1 016 (mb), mărimi care arată că procentul de argonide grele (argon, kripton, xenon) în aerul regiunii Mureş este cu mult mai mic comparativ cu Dobrogea.

Cei „doi poli ai longevităţii" din ţara noastră : Delta Dunării, în care procentul marilor longevivi este cel mai ridicat din ţară (2,9%) şi Munţii Vrancei, deşi deosebiţi sub aspectul geomorfologic au un factor comun, şi anume, concentraţia de argonide grele din aerul atmosferic (în Delta Dunării) şi în apa potabilă (în Munţii Vrancei).

Afirmaţia făcută de mai mulţi autori că longevitatea ar fi favorizată de condiţiile mediului fizic al litoralului trebuie înţeleasă, după părerea noastră, în sensul că numai litoralul mai puţin adînc poate oferi condiţii de longevitate, el nefiind o capcană în care s-ar putea scurge şi concentra gazele argonide grele, aşa cum se produce în groapa din jurul insulelor Mariane (Polinezia), unde litoralul este ţărmul celei mai adînci gropi suboceanice din lume (11 000 m), insule în care 7% din locuitori mor de complexul parkinsonian cu demenţă.

Întrucît prin climă moderată pînă la rece înţelegem aer atmosferic hiperbar (anticiclonic), bogat în argonide grele, atunci putem admite că gazele nobile grele, aflate în aerul atmosferic, prin presurizare naturală se dizolvă în apa celulară şi interstiţială, unde edificînd hidraţi-cristalini clatraţi fac oficiul de extinctoare energie termică, oficiul longeviv.

There is discussed the mechanism providing the cell-s longevity, considering that the death of a cell is induced bf its division or disintegration. The fact is demonstrated, that the property of heavy argonides to bind the cell-water into hydrate-like crystalline-inclusion complexes, preserves the cell and prolongs its life-time. The relationship between places rich in earthquarkes, the degree of heavy argonide concentration, and the great number of old-age people, is shown.

CONCEPŢIA BIOELECTROMAGNETICĂ A MATERIEI VII

K. Bartha
— *Lipova*

> Motto : *Să visăm cu ochii deschişi.*
> H. COANDĂ

Concepţia *bioelectromagnetică* a purces din teoria atomistă considerată şi reconsiderată prevalent sub aspect energetic. Interpretăm atomul îndeosebi sub valenţa sa energetică şi ne vom permite anumite reconsiderări în fizica teoretică : astfel considerăm protonul, neutronul, electronul, fotonul cu corespondentul lor ani, ca adevăratele „cărămizi" ale materiei şi multitudinea particulelor cunoscute ca fiind mai mult sau mai puţin efemere, să fie o rezultantă de interacţiuni a celor patru sau eventual şase particule considerate ca fiind de facto fundamentală.

O altă reconsiderare se referă la forţele gravitaţionale şi electronomagnetice, arătînd că între ele există un determinism invers proporţional în sensul că *cu cît forţa gravitaţională a unui subiect dat este mai mare cu atît valenţa sa electromagnetică va fi mai mică şi invers.*

O a treia interpretare sintetică se referă la faptul că alături de constanta lui Plank admitem existenţa în univers a unei noi constanţe reprezentată de *diametrul nucleului de hidrogen şi cît* priveşte viteza luminii, ea rămîne o constantă de referinţă a universului strict fizic, iar cît priveşte universul biologic sîntem tentaţi să admitem viteze superioare îndeosebi în cazul transmisiei *undelor bioelectronomagnetice ale creierului.* Cu aceste precizări ajungem de fapt la premizele unei concepţii unitare în univers, termen preferat de noi, faţă de cel de teoria cîmpului, care ni se pare prea restrictiv : concepţia unitară o vom dezvolta în cursul anilor ce urmează, şi acum cu aceste considerări ne vom permite o descriere succintă a concepţiei bioelectronomagnetice cu implicaţiile şi inclusiv în biopatologie.

În spiritul fizicii admitem o nouă unitate ipotetică de referinţă a materiei vii, o unitate submoleculară pe care o denumim *bioatom* sau *biotron.* Admitem existenţa biotronului predominant de structură şi a unui biotron predominant de funcţie ca forme extreme. Biotronul de structură prezintă o formă *piramidală* avînd ca bază *piramidală a vieţii* atomul de carbon, hidrogen, oxigen și azot, realizînd spre dreapta o piramidă considerată pe ansamblu ca avînd o valență bioelectronomagnetică pozitivă; iar în stînga ei se realizează o umbră a piramidei, o antipiramidă de fapt, considerată ca avînd o încărcătură bioelectronomagnetică negativă. Biotronul de structură are un rol predominant de osatură dar este capabil și de o anume emisie uniformă de energie electronomagnetică.

Biotronul de funcție are tot o formă piramidală în baza căreia se înscriu 6—8 atomi ce realizează în dreapta o piramidă funcțională pozitivă iar în stînga una negativă. Capacitatea de emisie uniformă a energiei bioelectronomagnetice a biotronului funcțional este mult mai mare datorat formei sale, posibilităților de interacțiune mărite datorat nu în ultima analiză faptului că asistăm la o dinamică crescută între potențialul gravitațional și electronomagnetic.

Energia biotronului, fie de structură sau de funcție este de natură *bioelectronomagnetică* de lungimi de undă și frecvențe variabile, realizînd un cîmp *biologic* specific fiecăruia dintre noi, determinant în ultima analiză de codul *bioelectronomagnetic.* Sursa primară a acestei energii o constituie unitățile radiante ale soarelui în care fotonii „suferă“ o convertire în energia bioelectronomagnetică realizat de procesul de *fotobioelectronogeneză.* Energia bioelectronomagnetică o considerăm ca fiind o energie fundamentală a materiei vii, din care în urma unui proces energetic de concentrare, potențare și integrare realizate prevalent în zonele Hess ale creierului rezultă și energia psihică; cu alte cuvinte psihismul poate fi considerat ca o sumă de interacțiuni de unde bioelectronomagnetice de diferite lungimi de undă cu frecvențe variabile.

Controversatele și discutatele fenomene „parapsihologice“ denumire improprie, cu tot cortegiul „psi“, telepatic, percepție extrasensorială etc., se lasă explicate în lumina teoriei atomiste cu considerările și reconsiderările amintite. Efectele fotografice de tip Kirlian sau altele similare nu sînt nici „Lebensstrahl“ (razele vieții) nici bioplasma sau alte denumiri ci este vorba de o ENERGIE BIOELECTRONOMAGNETICĂ, ce în curînd se vor înscrie în spectrul electromagnetic cunoscut.

Biotronul îl considerăm o unitate fundamentală de referință a materiei vii, o unitate submoleculară, predominant energetică, care stă la baza a tot ceea ce este viu și ceea ce de fapt diferențiază materia vie primară față de organizarea ei supremă, nu este altceva decît un număr diferit de atomi, de biotroni de un tip sau altul și totodată este vorba de o modalitate diferențiată de înlănțuire și orientare geometrico-spațială al acestor biotroni.

În încheierea acestui articol științific de avangardă, de pionierat ne vom permite o referire succintă cît privește implicațiile acestei concepții biotronice în biopatologie, arătînd că în cel puțin 70—80% din boli, inclusiv boala canceroasă, asistăm la o îmbolnăvire bioatomică, biotronică ce constă în ultima analiză într-un „defect“ biotronic ce privește numărul atomilor a biotronilor cît și de aranjamentul lor geometrico-spațial, atribute determinante onto- și filogenetic de codul bioelectronomagnetic al materiei vii.

alcoolismul
implicații bio-psiho-sociale
al II lea simpozion

UNELE DILEME ALE TOXICITĂȚII ETANOLULUI

V. Galea
— Cluj-Napoca

Consumat abuziv sau administrat experimental, etanolul provoacă hepato-toxicitate, oxidarea redusă a lipidelor în ficat și lipogeneză hepatică marcată. În schimb, deși unele persoane consumă zilnic cantități mici de alcool, pe cînd altele nu consumă de loc, o deosebire pronunțată între sănătatea și comportamentul lor nu se constată. Articolul se încadrează în preocupări de actualitate, privind „doza-răspuns" și riscul la care se expune consumatorul de băuturi alcoolice.

În general problema doză-răspuns este cunoscută în toxicologie, fiind una din principalele subiecte, care se referă la toxicitate și la exprimarea ei cifrică. Relația dintre cantitatea de substanță și reacția calitativă a organismului, a interesat din cele mai îndepărtate timpuri, dar a fost mai concret exprimată de Paracelsus (sec. XVI) „dosis facit venenum", principiu după care toate substanțele pot fi toxice, depinzînd de mărimea dozei. În această privință cancerigenele chimice se comportă diferit de substanțele care aparent se încadrează în acolada respectivă, fiind toxice genetice. Acestea sînt „toxice de sumație" cu efecte care se adună, spre deosebire de „toxicele de concentrație", care se acumulează ca substanță. Alcoolul pare să se încadreze între toxicele de concentrație, presupunînd că numai doze relativ mari, provoacă alcoolemie ridicată și impregnează organismul, iar corelația doză-răspuns se manifestă cu simptomatologia intoxicației acute; în acelaș timp, fără să facă depozit, efectele se cronicizează.

Se afirmă că un consum moderat de alcool, în jur de 20 g/zi și corp, ar constitui limita unui prag fără nici-un risc pentru sănătate. În schimb consumul dozelor mari de 2 g/zi/kg, produce steatoza și ciroza hepatică. În cadrul Simpozionului de la Iași 1976, „Alcoolismul, implicații bio-psiho-sociale" am încercat să arătăm că plecînd de la cantitățile mici de alcool (normal în organism), admițînd o margine de securitate de 10 ori valoarea medie (10 mg — 100 mg/kg), se poate accepta cantitatea moderată de alcool consumabil fără risc, în condițiile periodice de consum. Datele experimentale existente cu privire la metabolizarea rapidă a alcoolului în organism, privesc relația doză-răspuns în condiții acute, presupunînd că o acțiune inofensivă s-ar putea atinge pînă la un gram de alcool/kg/zi. Acest nivel însă nu este valabil pentru aprecierea inocuității alcoolului ca și băutură zilnică. Influența repetată și continuă a unor cantități chiar mai mici, trebuie privită diferit. Dacă acumularea lui ca etanol nu se ia în considerare, în schimb sumarea continuă, chiar și parțială a efectelor, ridică semne de întrebare, iar lumea în general și nu numai cea științifică, caută să fie lămurită asupra toxicității reale a acestui produs.

S-a arătat deja demult (1933—1941), prin experimente pe specii diferite de animale și pe diverse căi de administrare (or. sc., ip., iv.) că Dl_{50} exprimat cifric este cuprins între 5000—10.000 mg/kg. Astfel că toate tabelele de toxicitate acută îl încadrează între substanțele cu toxicitate foarte slabă, chiar ca netoxic. Dar, în prezent, asemenea cazuri de doză-răspuns se mai întîlnesc. cînd toxicitatea acută este slabă, iar expunerea repetată, la doze mult mai mici și timp îndelungat, să provoace efecte toxice foarte serioase (coloranți, îndulcitoare). Doza-răspuns în condiții de consum abuziv produce perturbații metabolice complicate (glucide — lipide — proteine), cu intensificarea mecanismelor de oxidare (ADH, Catalaza, MEOS), care au ca și consecințe leziuni evidente hepatice, pancreatice și ale țesutului nervos. Ficatul și în general organismul capătă toleranță scăzută la acțiunea solvenților organici și amine aromatice. Efectele concentrațiilor mici trec ușor neobservate, acțiunea pare să fie reversibilă, în măsură ca alcoolul să se transforme, fără vre-o consecință vătămătoare. De aceea se pare că poate fi încorporat între toxicele de concentrație cu acțiune reversibilă. Dacă este așa, atunci alcoolul și mai ales sub formă diluată în soluție apoasă și în doze mici, oare este un produs inofensiv și se poate consuma? Totuși consumul de alcool, chiar diluat, influențează în mod evident comportamentul și predispune la greșeli în activitate, accentuează iritabilitatea și stările depresive, iar în asociere cu unele medicamente psihotrope efectele sînt intensificate necontrolabil, de la individ la individ.

Așa că pe lîngă un consum abuziv, cu efectele arhicunoscute ale intoxicației acute, cu toată simptomatologia perioadelor respective (excitație, incoordonare, stare comatoasă), se complică în condițiile consumului repetat și îndelungat, generînd dileme economico-sanitare. Proporția bolnavilor crește (10—50%); tratamentul bolilor legate de alcool și spitalizarea sînt mărite. iar programele sociale suportate din cauza absenteismului sînt încărcate. Accidentele de muncă au un procent ridicat de decese etc. ; afirmativ implicațiile consumului de alcool, în unele țări, depășesc ca și cheltueli, foloasele pe care le oferă comercializarea băuturilor alcoolice. (OMS 1975).

Judecînd consumul băuturilor de care dispunem, sub diverse forme în alimentația publică, găsim și păreri favorabile asupra valorii calorice pe care o reprezintă (Cliford), deși se știe că metabolizarea lui energetică nu are corelația scontată cu efortul, care ar trebui să fie întreținut. Pe de altă parte efectul stimulator și favorizant al secrețiilor digestive este mai mult o obișnuință, aparent inofensivă, dacă consumul este moderat ; totuși este un obicei care nu-i necesar și care poate duce la viciu, alcoolul putînd genera diversele forme ale dependenței. Chiar și aceasta nu ar fi partea cea mai gravă a lui și poate nici cea mai vătămătoare pentru sănătatea publică.

Într-un articol a lui P. Kotin (1976), vorbind despre doză-răspuns și pragul minim de risc, se prezintă și un tabel cu unele concerigene chimice. Între acestea este inserat și alcoolul care provoacă cancer digestiv (esofag, stomac). Ori, dacă această afirmație este confirmată, reconsiderarea produsului nostru în lumina cunoștințelor, cu privire la cancerogeneza chimică, constituie o dilemă surprinzătoare și necesită mai multă atenție.

Din unele publicații din ultimul timp se desprinde clar că cancerogeneza chimică este de ordin genetic și că are la bază o celulă transformată, datorită unui proces indus ireversibil „pentru asemenea substanțe nu se prevăd praguri“. Cancerul este un proces provocat — indiferent de doză (mare sau mică) și este ireversibil. Dacă alcoolul se află pe lista cancerigenelor chimice, atunci sau că acțiunea lui nu face excepție de la concepția stabilită și va trebui apreciat ca atare, sau că mecanismul cancerigen chimic nu ar fi atît de absolut, ci mai degrabă dependent de numeroși parametri. O importanță deosebită de apreciere în această privință are totuși doza-răspuns, care este principala preocupare a toxicologiei, în vederea stabilirii toxicității. Dacă într-adevăr alcoolul este cancerigen, atunci se aplică și pentru el, indiferent de concentrație, relația doză-răspuns lineară și va provoca cancer și la doze mici. Inducția cancerului, cu apariția clinică a tumorii ar fi justificată ? ! În general însă toată lumea este de acord că organismul are capacitate reparatorie mai mare sau mai mică față de puterea de acțiune a substanțelor agresive, între care inducția enzimatică ar putea să contribuie cu explicații mai realiste.

În privința puterii de acțiune, paramentrul cel mai evident este doza prezentă, necesară pentru a produce efectul. Cînd doza este mică (microg., mg.) și produce după o anumită perioadă inducția, substanța este considerată mai cancerigenă decît altele din care sînt necesare doze zilnice mari, de ordinul gramelor/kg. Ori alcoolul se consumă în doze mari. Alt parametru este timpul de inducție, adică timpul necesar pentru a induce o tumoră malignă. Acest timp poate fi socotit ca și durata necesară să se transforme o celulă normală într-o celulă canceroasă. Însă acest timp nu este măsurabil și este mai convenabil, chiar mai corect să se considere timpul necesar ca tumora să apară clinic. Acest timp însă diferă foarte mult de la substanță la substanță și are importanță practică pentru categorisirea cancerigenelor chimice în puternice sau slabe. Ori pentru alcool, acest timp nu este definit și nici măsurabil. Un alt parametru este producerea tumorii, dependentă de doză și de timpul de inducție. Substanțele care produc un procent mai mare de tumori sînt mai cancerigene sau invers ; pentru alcool acest parametru este îndoelnic. Alt parametru este viteza de creștere a tumorii, de la apariția ei clinică și tendința de a produce metastaze, gradul de infiltrare în alte organe, care este iarăși diferit. Alt aspect este organotropismul sau faza comună de acțiune. Cancerigenele în majoritatea lor au mai multe organotropisme. Această particularitate a fost dovedită și depinde oarecum de doze (D. Schmahl 1979). Experiențele cu DENA (dietil nitrozamina), în doze descrescînde, dovedesc că atunci cînd dozele descresc, organotropismul este diferit și mai variat decît atunci cînd dozele sînt mari. Un obiectiv important care trebuie avut în vedere este pragul a cărui definiție se înțelege în sensul că „este doza maximă aplicată fără efect“. Ori pragul fără risc în cazul cancerigenelor, este considerat pînă la ora actuală îndoielnic. Modelele matematice elaborate de Crump și colab., au stabilit pe datele experimentale existente ale cancerigenelor chimice, că reacția doză-răspuns a majorității cancerigenelor este lineară la doze mici și că un prag fără risc nu-i sigur. Toate acestea raportate la consumul de alcool, indiferent dacă este abuziv sau moderat, ridică îndoieli față de inocuitatea unui prag de alcool consumabil, dacă el generează cancer.

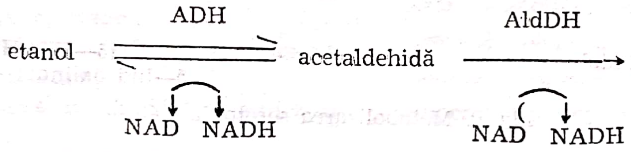
Totuși alcoolul trebuie privit altfel decît cancerigenele chimice cunoscute, care acționează la concentrații de ordinul miligramelor sau microgramelor (ppm —ppb), chiar și numai prin aplicarea unei singure doze, ceea ce nu s-a înregistrat niciodată la acțiunea alcoolului. Apreciind comportarea cancerigenelor chimice pe bază de doză-răspuns și acțiunea comparativă a alcoolului, s-ar putea să ajungem la o nouă interpretare a mecanismului unor substanțe față de un cancer spontan sau indus. Tulburările mecanismelor biochimice în întregul organism și la nivelul unui organ, expus continu la concentrații ridicate, ar putea duce la părerea că alcoolul nu este cancerigen ; dar în acelaș timp ar ridica ipoteze noi, în sensul că substanțele chimice ar acționa într-o fază comună a unui mecanism cu potențial cancerigen, favorizînd inducerea sau să întrețină procesul sub formă de tumoră. Această acțiune ar fi dependentă de doza ! Ipoteza ar fi plauzibilă la explicarea acțiunii cancerigene a unor elemente minerale, care în concentrații mici se află în organism (10^4—10^7 atomi/celulă) fără a induce cancer (Cd, Cr, Ni, As, Se, Be etc). În mod similar alcoolul pe care îl avem ca și component metabolic de ordinul miligramelor/kilocorp (10^{11} molecule/celulă), nu este nociv. În schimb dacă mărim doza de o manieră să producă tulburări metabolice și să întreține pe un teren indus un proces tumoral, atunci alcoolul ar fi aparent cancerigen. Explicaţii ar putea să complexeze şi mecanismele metabolizării lipidelor şi eventuale procese de peroxidare.

În consecinţă analiza unor date existente cu privire la dilemele consumului de etanol, privind mai ales acţiunea favorizantă asupra unui potenţial cancerigen endogen sau indus, la anumite nivele, ar fi mai corect de încadrat, cel mult în rîndul unor substanţe cocancerigene cu acţiune dependentă de doză. Prin analogie dilemele care s-ar putea ridica, l-ar putea încadra într-un „risc social" mai mult sau mai puţin acceptabil.

DATE ACTUALE PRIVIND IMPLICAŢIILE METABOLIZĂRII ETANOLULUI

M. Cotrău
— Iaşi

Metabolizarea etanolului a fost îndelung studiată. Se ştie că prin deshidrogenare etanolul trece în acetaldehidă, care se oxidează la acetat şi în final la bioxid de carbon şi apă. În prezent se admite existenţa a trei sisteme enzimatice care realizează prima etapă de biotransformare a etanolului şi anume: alcooldehidrogenaza (ADH) din citosolul hepatocitelor; catalaza (CAT) localizată în majoritate în mitocondrii; sistemul enzimatic de oxidare din microzomii (MEOS). Participarea majoră în metabolizarea etanolului revin ADH/NAD, cele două căi peroxidice fiind secundare. Oxidarea pe calea majoră conduce, nu numai la apariţia metaboliţilor — acetaldehidă, acetat — preluaţi în circuitele normale de degradare şi / sau biosinteză, dar şi cofactorului redus, NADH :

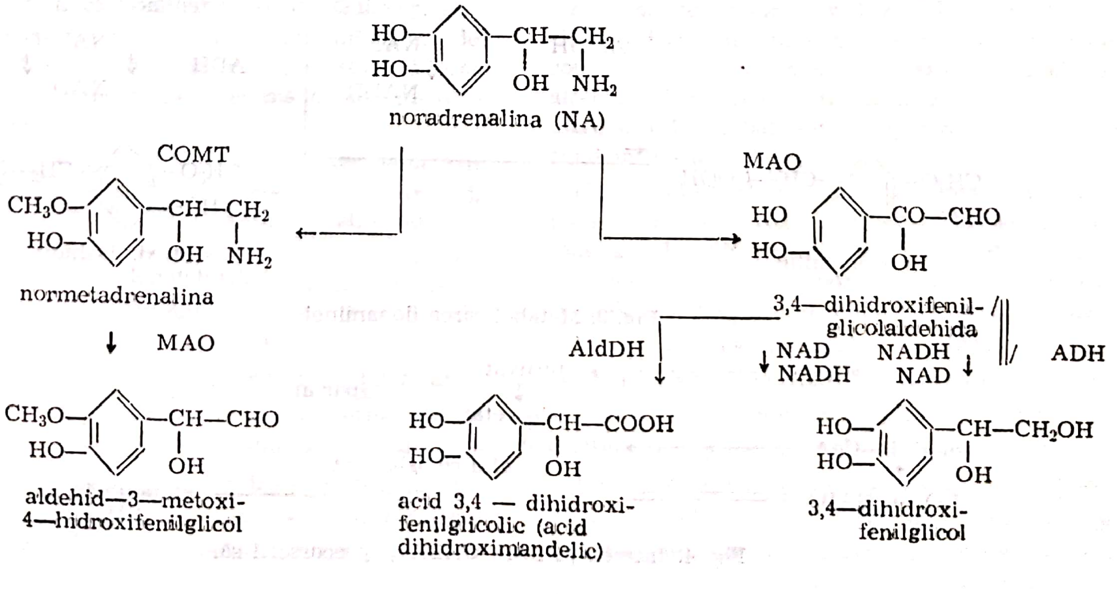


Este de asemenea de remarcat că ADH oxidează şi alţi alcooli, ca metanolul, propanolul, hexanolul şi chiar retinolul şi compuşii de tip 3—betahidroxisteroizi.

Cercetările mai vechi au urmărit interferenţa biotransformării etanolului la nivelul celor trei metabolisme esenţiale: glucidic, lipidic, protidic, precum şi efectele asupra principalelor organe: ficat, rinichi, tract gastrointestinal, cord. Studii mai recente au fost îndreptate spre domenii mai puţin explorate: sistem nervos central şi glande endocrine.

Metabolismul mediatorilor chimici ai SNC, de tipul noradrenalină, dopamină, serotonină, acid gama-aminobutiric (GABA) este influenţat de către etanol.

Aminele biogene trec, prin dezaminare exidativă sub acţiunea mono-aminoxidazei (MAO) mitocondriale, în aldehidele corespunzătoare (fig. 1, 2, 3). Dezaminarea oxidativă poate fi precedată sau urmată de O-metilare, controlată de catecol—O—metiltransferaza (COMT). Etanolul nu are acţiune directă asupra lui MAO sau COMT. Aldehidele rezultate sînt transformate fie în alcoolii, fie în acizii respectivi, reacţii catalizate de ADH sau aldehiddehidrogenază (AldDH), ambele enzime fiind implicate în metabolizarea etanolului şi anume în degradarea lui pe calea majoră.


noradrenalina (NA)
COMT
MAO
normetadrenalina
MAO
3,4—dihidroxifenil-glicolaldehida
AldDH
NAD
NADH
NADH
NAD
ADH
aldehid—3—metoxi-4—hidroxifenilglicol
acid 3,4 — dihidroxi-fenilglicolic (acid dihidroximandelic)
3,4—dihidroxi-fenilglicol

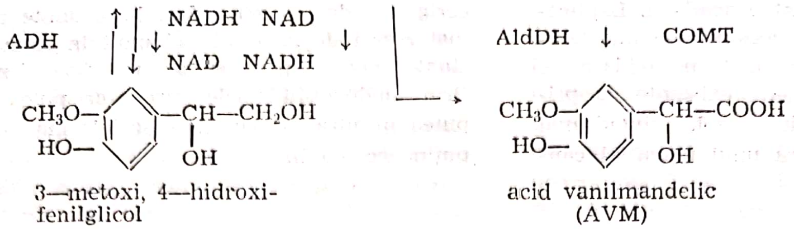

ADH
NADH NAD
NAD NADH
AldDH
COMT
CH₃O—
—CH—CH₂OH
HO—
OH
3—metoxi, 4—hidroxi-fenilglicol
CH₃O—
—CH—COOH
HO—
OH
acid vanilmandelic (AVM)

Fig. 1. Metabolizarea noradrenalinei

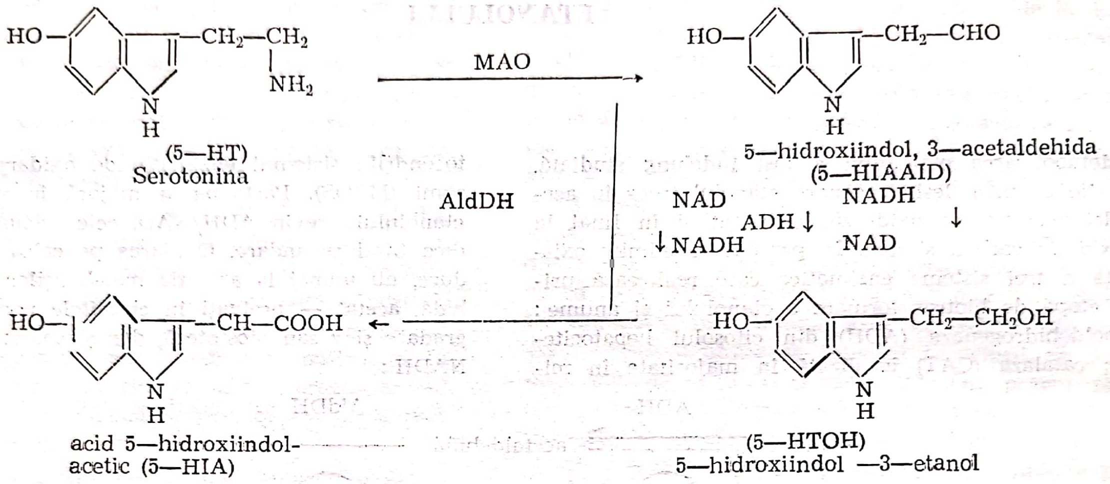

HO—
—CH₂—CH₂
NH₂
N
H
(5—HT)
Serotonina
MAO
HO—
—CH₂—CHO
N
H
5—hidroxiindol, 3—acetaldehida
(5—HIAAID)
AldDH
NAD
NADH
ADH
NADH
NAD
HO—
—CH—COOH
N
H
acid 5—hidroxiindol-acetic (5—HIA)
HO—
—CH₂—CH₂OH
N
H
(5—HTOH)
5—hidroxiindol —3—etanol

Fig. 2. Metabolizarea serotoninei

Produșii finali principali, detectabili în urină, ai acestor amine biogene sînt: acidul vanilmandelic (AVM) pentru noradrenalină, acidul 5—hidroxiindolacetic (5—HIA) pentru serotonină și acidul homovanilic (AHV) pentru dopamină. Astfel Olsen a observat că alcoolicii elimină mult mai puțin 5—HIA decît subiecții normali. După o ipoteză, fenomenul se datorește scăderii raportului NAD/NADH în urma metabolizării etanolului. Scăzînd cantitatea de NAD, este frinată calea de formare a 5—HIA în favoarea producerii alcoolului corespunzător, 5—HTOH, deoarece există un exces de NADH (fig. 2). O altă explicație posibilă este inhibarea AldDH de către excesul de acetaldehidă provenită din etanol, încît se formează preferențial 5—HTOH. Majoritatea autorilor înclină spre această ultimă ipoteză.

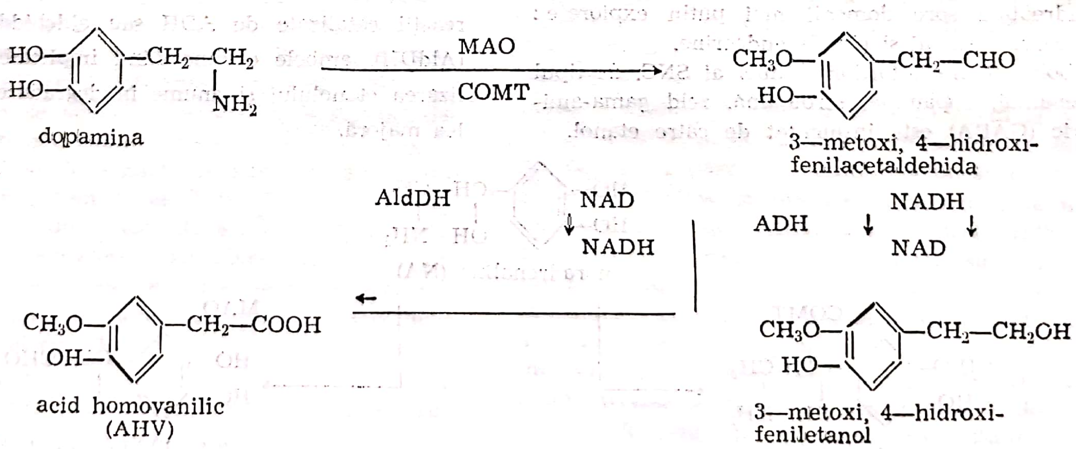

HO—
HO—
—CH₂—CH₂
NH₂
dopamina
MAO
COMT
CH₃O—
HO—
—CH₂—CHO
3—metoxi, 4—hidroxi-fenilacetaldehida
AldDH
NAD
NADH
ADH
NADH
NAD
CH₃O—
OH—
—CH₂—COOH
acid homovanilic (AHV)
CH₃O—
HO—
—CH₂—CH₂OH
3—metoxi, 4—hidroxi-feniletanol

Fig. 3. Metabolizarea dopaminei

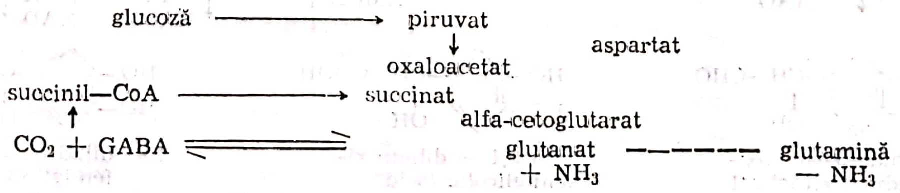

glucoză
piruvat
aspartat
oxaloacetat
succinil—CoA
succinat
alfa-cetoglutarat
CO₂ + GABA
glutanat
+ NH₃
glutamină
— NH₃

Fig. 4. Intereacții între GABA și precursorii săi

În ceea ce priveşte acidul gama-aminobutiric (GABA), cu rol important în fiziologia creierului, se consideră că şi în metabolismul său interferă etanolul (fig. 4).

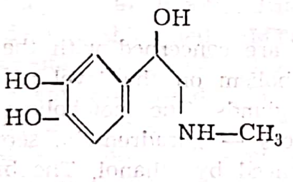
Acetilul provenit din etanol este „depersonalizat", organismul neputîndu-l diferenţia de acetilul rezultat din glucide, lipide, etc alimentare. Totuşi experienţele lui Casier cu etanol radioactiv au demonstrat că acea fracţiune din acetilul alcoolic fixat în acizii graşi şi colesterol are o persistenţă de 2—3 ori mai mare în aceşti compuşi decît acetilul provenit pe alte căi. Aceasta confirmă tendinţa organismului de a folosi pentru nevoile sale energetice numai glucidele şi lipidele alimentare. Acetilul rezultat din etanol intră în ciclul Krebs, crescînd cantitatea de glutarat, glutamat şi, prin aceasta, de glutamină şi GABA. Variaţiile de GABA în intoxicaţia etilică — acută şi cronică — ar fi responsabile, cel puţin parţial, de efectele secundare nocive ale etanolului.

O altă modalitate de influenţare a serotoninei de către etanol este scăderea incorporării ei în celulele cerebrale ; într-adevăr, s-a constatat că serotoninemia creşte la om după ingerare de etanol.

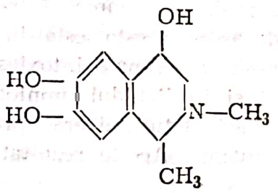
Etanolul ar acţiona la nivelul SNC şi prin formarea de mediatori neurologici anormali.

Pornind de la constatarea că intoxicaţia etilică şi intoxicaţia cu opiacee au unele manifestări comune, dintre care principala o constituie dependenţa de drogul respectiv, s-a căutat să se explice mecanismul instalării acesteia. Descoperirea peptidelor naturale endogene — encefalinele şi endorfinele — cu efecte asemănătoare morfinei, a generat ipoteza că etanolul ar putea acţiona la nivelul creierului prin eliberare de endorfine sau peptide similare acestora. În acest caz, administrarea antagonistului morfinei — naloxona — ar trebui să prevină sau să amelioreze unele fenomene din intoxicaţia alcoolică. Date experimentale au arătat că într-adevăr naloxona a redus convulsiile din perioada de sevraj la animalele alcoolizate şi a ameliorat starea comatoasă la alcoolici, ca şi performanţele psihomotorii ale unor voluntari cărora li s-a administrat doze mici de alcool.

Aceste rezultate vin în sprijinul ipotezei, după care intoxicaţia alcoolică este determinată, cel puţin în parte, de eliberarea unor endorfine de către etanol, care acţionează la nivelul receptorilor morfinici. Încă din 1970, Davis şi Walsh, ca şi Cohen şi Collins, au încercat să asimileze alcoolodependenţa, morfinodependenţei. Ei au presupus că sub influenţa metabolizării etanolului rezultă alcaloizi cu structură tetrahidroizochinoleinică, în urma condensării dintre acetaldehidă şi catecolamine ; aceştia ar fi falşi mediatori, eliberaţi sub acţiunea unui stimul :



adrenalina



alcaloid tetrahidroizochinoleinic

Teoria aceasta a fost criticată de Seevers (1970) pe baza considerentului că acetaldehida rezultată din metabolizarea etanolului ar fi în cantitate prea mică pentru a permite asemenea reacţie, în plus, există deosebiri esenţiale între cele două tipuri de intoxicaţie, fapt descris încă de Thomas de Quincey, autorul celebrelor „Confesiuni ale unui mîncător de opium", care scria : opiul brut este incapabil să provoace o stare a organismului asemănătoare întrutotul aceleia dată de alcool".

Descoperirea endorfinelor şi posibilitatea eliberării lor sub acţiunea etanolului deschide perspective noi, pe mai multe planuri, în interpretarea etilismului.

Lucrări din întreaga lume au confirmat rolul dăunător al alcoolului asupra sferei genitale. Problema este departe de a fi elucidată — există încă destule necunoscute şi chiar date contradictorii.

În perioada dinaintea conceperii, toxicitatea alcoolului atinge celulele sexuale — adică spermatozii şi ovulele. Încă la începutul secolului XX se stabilise experimental că alcoolul ingerat trece în glandele reproducătoare — testicule şi ovare —, prostată, lichid seminal şi spermă. Ţesutul testicular are o afinitate deosebită pentru alcool, căci nivelul alcoolului regăsit este doar cu puţin inferior alcoolemiei. Ulterior s-a demonstrat că epiteliul seminal este foarte sensibil la alcool, celulele cele mai diferenţiate prezentînd sensibilitatea cea mai mare. Înainte de a degenera, unele dintre aceste celule dovedesc vitalitate scăzută sau chiar o dezvoltare anormală. Aceste constatări au fost confirmate de autopsiile pe alcoolici cronici. Aşadar alcoolismul alterează structura glandelor reproducătoare atît la bărbaţi cît şi la femei, celulele sexuale fiind întîi alterate, apoi distruse.

Un alt efect al alcoolului în domeniul reproducerii este determinarea sterilităţii. Experimente pe animal au dovedit că alcoolizarea prealabilă produce, în funcţie de doză, sterilitate sau numai scăderea fecundităţii. La bărbaţi, etilismul cronic avansat conduce la scăderea libidonului, sterilitate şi feminizare — prin atrofie testiculară, ginecomastie şi modificări de pilozitate. Primul efect a fost observat încă din antichitate : „Cînd intervine Bachus, Venus fuge".

Perturbările hormonale la bărbat se datoresc interferenţei alcoolului la nivel hepatic şi testicular, cu metabolismul hormonilor adrogeni. Unul dintre mecanismele implicate în aceste perturbări constă în devierea metabolismului vitaminei A. Aceasta este esențială pentru spermatogeneză, însă nu ca retinol (alcool) — formă sub care este absorbită și transportată în plasmă — ci ca retinal (aldehidă). Transformarea retinolului în retinal este dependentă de ADH. S-a demonstrat în vitro inhibarea competitivă a formămării retinalului de către etanol, care solicită ADH pentru propria-i biotransformare. Prezența prelungită a etanolului în sînge explică deficiența testiculară în retinal, ceea ce conduce la scăderea și chiar absența spermatogenezei. Același efect este produs de alcool și la nivelul ochiului, în amauroza etilică, prin scăderea cantității de retinal necesar reacțiilor biochimice din procesul vederii. Pe de altă parte excesul de NADH rezultat din metabolizarea etanolului alterează geneza steroizilor sexuali testiculari. NADH în exces inhibă etapa de conversie a pregnenolonei în progesteronă, necesară formării testosteronei. În mod similar, reductazele funcțiilor OH din pozițiile 3 și 17 ale stesoizilor sînt dependente de NAD și importante în biosinteză androgenică. Aceste perturbări provocate de alcool afectează deci direct biosinteza testosteronei și deci testosteronemia.

În perioada de după concepere, celulele oului sînt expuse efectului toxic al alcoolului în ambele stadii de dezvoltare: embrion și fetus, consecințele fiind evidențiate fie în timpul sarcinii, fie după naștere.

Se știe că alcoolul străbate bariera placentară și difuzează din sîngele mamei într-al fetusului, intoxicîndu-l, deoarece acesta este în plus deficitar în ADH. S-a găsit la animale intoxicate, alcool în țesutul fetusului și în lichidul amniotic, iar nivelul de alcool din sîngele fetusului era aproape egal cu acela din sîngele mamei. Aceste rezultate s-au verificat și la femeie.

S-au raportat avorturi spontane repetate la femei cu bărbați alcoolici; aceleași femei aveau sarcini normale cu bărbați nealcoolici. Pe măsură ce intoxicația progresează, survin, după o perioadă de sarcini normale, copii debili, apoi născuți morți și în fine avorturi spontane din ce în ce mai precoce. Nașterile premature în procent mai ridicat la alcoolici decît în restul populației sînt dovedite statistic, în procente variabile.

Diferite studii s-au ocupat de morbiditatea mamei și a copilului la naștere. Doze mici de alcool excită fibra uterină, însă dozele mari o inhibă; pe această proprietate se bazează tratamentul propus de Adamsons și Joelson în travaliul prematur. Impregnarea alcoolică nu numai că întîrzie travaliul dînd naștere la complicații, dar poate interfera cu medicamentele care pot fi eventual necesare. O echipă a INSERM (1976), studiind aproape 10 000 cazuri, a găsit că procentul de născuți-morți este semnificativ crescut la femeile care beau: 26/1 000 de 400 ml vin/zi, față de 10/1 000 la nebăutoare. Cauza cea mai frecventă a decesului este hematomul retroplacentar. În plus, s-a constatat scăderea ponderală la naștere, față de copiii din părinți nealcoolici.

Noul născut din mamă alcoolică apare ca hipotrofic, prematur într-o treime de cazuri. Uneori este microcefal, cu un facies specific, alteori cu malformații ale cordului, membrelor, ochilor, cu întîrziere staturo-ponderală și perturbări psihomotorii.

Alcoolul din sînge difuzează în glanda mamară și trece în lapte. Laptele alcoolizat poate da naștere la tulburări nervoase și convulsii. Capacitatea de alăptare este diminuată la femeia alcoolică.

Prin aprofundarea cercetărilor în domeniul interferenței etanolului în metabolismul SNC și al glandelor endocrine se va reuși explicarea deplină a toxicității etanolului la aceste nivele, permițînd astfel instituirea unui tratament adecvat, ca și a măsurilor de prevenire a alcoolodependenței.

Recent studies are concerned with the implications of ethanol metabolism on the level of CNS and of some endocrine glands. The metabolism of the SNC chemical mediators — noradrenalin, serotonin, dopamin — is influenced by ethanol. The biogen amines turn through metabolisation to aldehydes, then to the corresponding acids or alchools. These reactions are catalysed by the involved enzymes in the ethanol metabolism, ADH and AldDH. On the other hand, it was attempted to explain the mechanism of alchool-dependence by the release by ethanol of some endorphines, which woud act at the level of the morphinic receptors. Finally, the noxious action of ethanol on the genital area is unanimously acknowledged, although the involved mechanism are not fully known.

MODIFICĂRI ALE METABOLISMULUI LIPIDIC ÎN CONDIȚIILE DEZECHLIIBRULUI TIROIDIAN EXPERIMENTAL ȘI A DIABETULUI ALOXANIC

Veronica Colev, A. Sneer, Elena Dughir
— Iași

Studiul tulburărilor metabolismului lipidic în cursul diabetului a suscitat numeroase lucrări, complexitatea lor fiind mai marcată dacă se supraadaugă și alte perturbări, de exemplu cele tiroidiene.

În ultimul timp se acordă acizilor grași liberi (AGL), o mare importanță diagnostică în diversele tulburări metabolice cum sînt diabetul, ateroscleroza, obezitatea etc. (Mincu 1977, Mincu și Hîncu

1978). AGL plasmatic reflectă direct starea metabolică a țesutului adipos cît și intensitatea mobilizării grăsimilor de rezervă și reprezintă o importantă sursă energetică pentru activitatea organismului. Se discută astăzi despre existența unui sindrom al acizilor grași, caracterizat prin concentrația crescută de AGL plasmatic, așa cum se observă în cursul tulburărilor de nutriție, a tulburărilor endocrine (diabet).

Intr-o serie de cercetări experimentale (Colev și col., 1976, 1978) dar și clinice (Berthezene și col., 1978), s-a arătat importanța activității tiroidiene în evoluția diabetului zaharat. Carența energetică ce caracterizează diabetul, provoacă fenomene de lipoliză cu mobilizarea lipidelor de depozit și creșterea AGL ca substrat energetic, cu o producție crescută de corpi cetonici și acumularea lipidelor în ficat.

Importanța acordată modificărilor metabolismului lipidic la diabetici ne-au determinat să studiem variațiile AGL, încărcarea grasă hepatică și activitatea lipazei hepatice în condițiile diabetului aloxanic acut sau cronic realizat pe fondul dezechilibrului tiroidian prealabil.

Cercetările s-au făcut pe un număr de 115 șobolani albi Wistar cu greutatea cuprinsă între 150—180 g, împărțiți în 9 loturi: — un lot martor, animale normale supuse unui regim alimentar echilibrat, menținute în condiții identice cu loturile experimentale: — lot hipertiroidizat prin administrare de DL-Tiroxină (T_4) în doze de 50μ g/100 g greutate corporală (40 zile); — lot hipotiroidizat chimic prin administrare de metilthiouracil (MTU), în doză de 10 mg/100 g greutate corporală (60 zile); — lot diabetic (D), prin administrare de aloxan în doză unică de 40 mg/kg corp pe cale i.v., după un post de 18 ore; animalele au prezentat simptome clinice și biochimice de diabet; — lot de animale hipertiroidizate și diabetice; — lot de animale hipotiroidizate și diabetice; pe fondul prealabil al dezechilibrului tiroidian s-a administrat aloxan.

Loturile de animale diabetice au fost împărțite în cîte 2 subloturi: — diabet acut ($T_4 + Da$; MTU + +Da) și diabet cronic ($T_4 + Dc$; MTU + Dc).

Menționăm că în toate cazurile după administrarea aloxanului animalele nu au mai fost supuse niciunui tratament cu T_4 sau MTU.

Animalele au fost sacrificate prin decapitare după un post de 18 ore. Dozarea AGL plasmatic s-a efectuat după metoda DOLE modificată de BISERTE. Pentru evidențierea activității lipazei hepatice fragmentele de ficat proaspăt recoltate au fost secționate la croitom și incubate într-un mediu substrat ce conține Tween.

O parte din fragmente au fost fixate în formol neutru 10%, iar secțiunile executate la congelare au fost colorate cu Sudan III și Sudan negru pentru aprecierea încărcării lipidice a hepatocitelor.

Rezultate și discuții. Comparativ cu valorile AGL găsite la animalele normale (325 ± 35μ Eq/l), șobolanii hipertiroidizați au prezentat valori mai mari (492 ± 50μ Eq/l), ceea ce reprezintă o creștere cu 51%, în timp ce la lotul hipotiroidizat valorile medii (289 ± 41μ Eq/l), au fost mai mici cu 11%.

Rezultatele noastre au arătat o creștere extrem de marcată a valorilor AGL plasmatic în forma acută și cronică a diabetului. În cazul realizării diabetului pe fondul dezechilibrului tiroidian, modificările au îmbrăcat însă aspecte oarecum neașteptate. Astfel la animalele hipertiroidizate valorile AGL au fost mai scăzute comparativ cu acelea găsite la lotul simplu diabetizat. Același fenomen se remarcă și în forma cronică a diabetului (fig. 1 a și b).

Creșterea constantă și semnificativă a valorilor AGL întîlnită la animalele hipertiroidizate indică intensificarea lipolizei la nivelul țesutului adipos și totodată mobilizarea lipidelor.

În declanșarea lipolizei la nivelul țesutului adipos, adenilciclaza hormonosensibilă joacă același rol determinat pe care îl are adenilcicloza hepatică în declanșarea glicogenolizei. Hormonii tiroidieni, prin potențarea acțiunii catecolaminelor, au un efect lipolitic prin mecanismul de stimulare a adenilciclazei, care determină creșterea cantității de AMP ciclic în adipocite și activarea trigliceridlipazelor (fig. 2).

Dar faptul că în condițiile producerii diabetului pe fondul hipertiroidiei prealabile am găsit valori mai mici ale AGL, ne face să credem că în hipertiroidie are loc totodată și o creștere a utilizării tisulare a AGL, fenomen discutat dealtfel și de alți autori (Sendrail, 1965).

Modificările încărcării grase hepatice ne-au arătat pe secțiunile de ficat aparținînd animalelor diabetice o marcată încărcare lipidică a tuturor hepatocitelor, comparativ cu animalele martor la care distribuția a fost redusă și cu un caracter zonal.

La șobolanii diabetici în prealabil hipertiroidizați am observat în majoritatea cazurilor studiate o scădere a volumului picăturilor de grăsime și a densității lor, dînd impresia generală a unei încărcări lipidice mai reduse.

Din datele noastre rezultă că în cursul diabetului aloxanic se produce o marcată încărcare grasă a ficatului. În condițiile absenței insulinei din diabet, ficatul se încarcă cu grăsimi prin extragerea unei cantități mai mari de AGL din sînge, provenit prin lipoliza ce se desfășoară la nivelul țesutului adipos. Lipidele fiind insuficient fosforilate, se acumulează în hepatocite și pot favoriza instalarea insuficienței hepatice.

La animalele hipertiroidizate, diabetul aloxanic a determinat o încărcare grasă mai redusă. Această eficiență mărită privind evitarea acumulării de lipide sub acțiunea tiroxinei, a fost subliniată și de Beloiu și col. (1973), care atrag atenția asupra importantelor implicații teoretice, și mai ales practice, privind profilaxia tulburărilor endocrine în ateroscleroză.

Existența unor modificări importante ale lipidelor hepatice în cursul tulburărilor tiroidiene, cît mai ales în cursul diabetului ne-a determinat să urmărim activitatea lipazei hepatice, enzimă răspunzătoare de procesul de hidroliză a trigliceridelor.

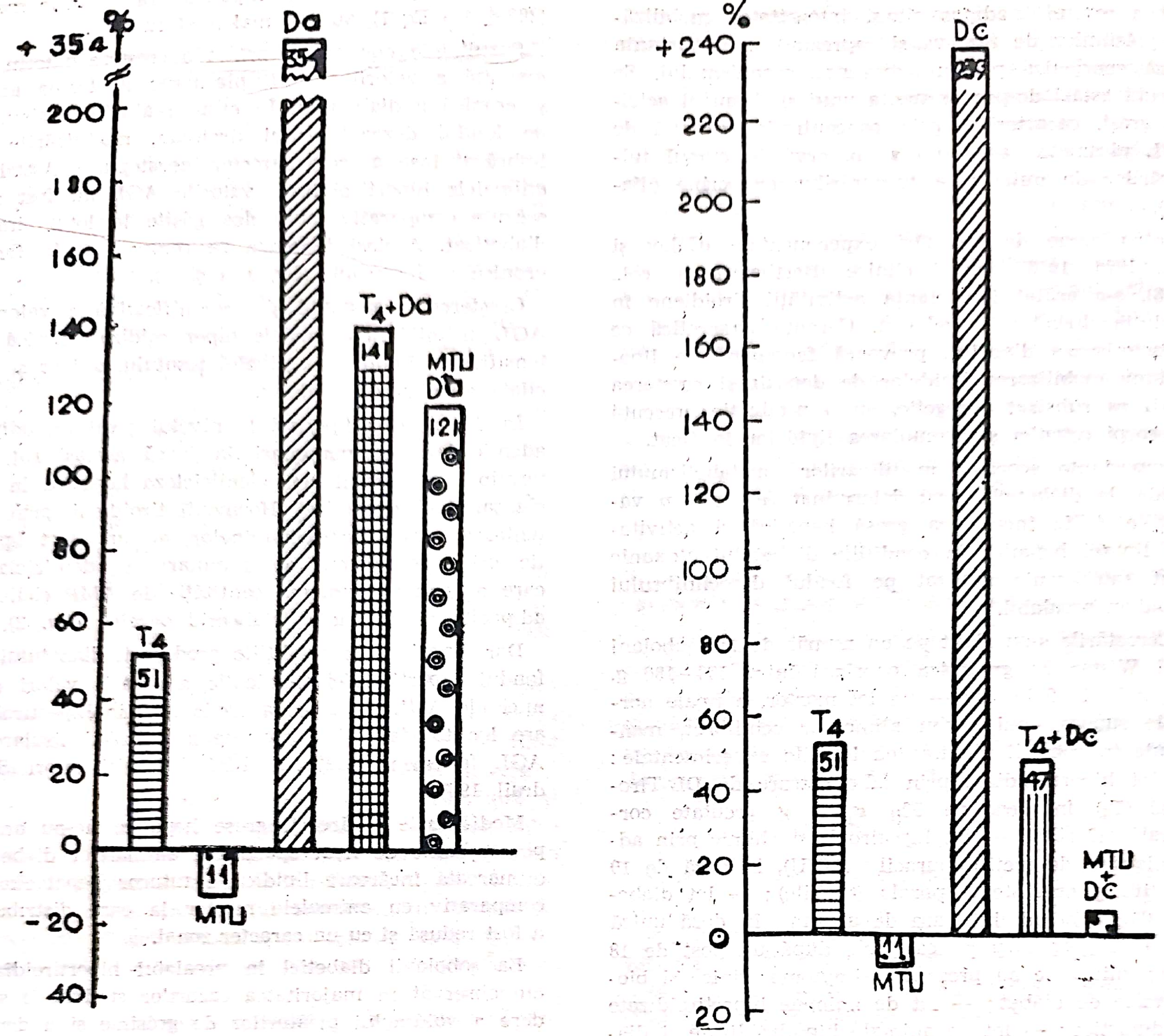


Fig. 1 a, b — Valorile AGL plasmatic în condițiile dezechilibrului tiroidian la șobolani cu diabet aloxanic: a. formă acută; b. formă cronică (valori medii procentuale față de animale normale)

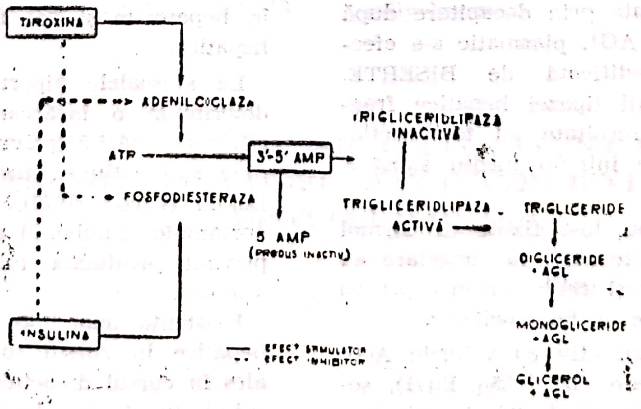

TIROXINA
ADENILCICLAZA
ATP
3'-5' AMP
FOSFODIESTERAZA
5 AMP
(PRODUS INACTIV)
INSULINA
TRIGLICERIDLIPAZA INACTIVĂ
TRIGLICERIDLIPAZA ACTIVĂ
TRIGLICERIDE
DIGLICERIDE + AGL
MONOGLICERIDE + AGL
GLICEROL + AGL
EFECT STIMULATOR
EFECT INHIBITOR

Fig. 2 — Efectul tiroxinei și al insulinei în procesul de lipoliză (schemă personală).

La animalele diabetice activitatea enzimei este foarte redusă cu mici intensificări în jurul venei centro-lobulare, comparativ cu animalele normale, la care se constată o reacţie intens pozitivă.

Lotul de şobolani diabetici, în prealabil hipertiroidizaţi, a prezentat o reacţie aproximativ asemănătoare cu a martorilor (ca repartiţie la nivelul lobului), dar de intensitate redusă.

La animalele tratate cu MTU reacţia este de intenderi marcate a activităţii lipazei hepatice.

Scăderea activităţii lipazei hepatice la animalele diabetice dovedeşte că, în condiţiile tulburărilor metabolice din diabet, această enzimă este sintetizată deficitar.

Datele obţinute prin cercetarea lipazei hepatice ne permit, credem, să înţelegem mai bine şi modificările privind încărcarea grasă hepatică. Faptul că din cercetările noastre ca şi a altor autori a rezultat că în cursul diabetului se produce o încărcare grasă hepatică, ar putea fi interpretat nu numai ca un rezultat al fenomenelor de lipoliză şi de mobilizare a grăsimilor spre ficat, dar şi rezultatul unei scăderi marcate a activităţii lipazei hepatice.

Din studiul efectuat rezultă o oarecare corelaţie între încărcarea lipidică şi activitatea lipazei hepatice. Astfel animalele normale care prezintă o încărcare lipidică redusă, se caracterizează printr-o activitate intens pozitivă a lipazei hepatice, în timp ce animalele diabetice la care acumularea lipidelor este marcată, prezintă o activitate lipazică slabă. Interrelaţii asemănătoare se remarcă şi în cazul hipertiroidiei simple sau asociate cu diabet.

Nu am constatat aceleaşi corelaţii între încărcarea grasă hepatică şi activitatea lipazei hepatice la animalele tratate cu MTU ;

Rezultatele obţinute pun în discuţie rolul mobilizării crescute a lipidelor de la nivelul ţesutului adipos, cît şi rolul sintezei crescute de acizi graşi din acest la nivelul ficatului, realizate sub influenţa hormonilor tiroidieni.

Ceea ce apare nou în cercetările noastre este faptul că pe fondul dezechilibrului tiroidian prealabil, tulburările diabetice îmbracă în mare măsură aspectul stării anterioare a organismului.

De asemeni aceste observaţii subliniază importanţa deosebită a stării funcţionale tiroidiene pentru evoluţia diabetului, cît şi faptul că dozarea AGL s-ar putea dovedi utilă în diagnosticul precoce al diabetului.

Rezultatele noastre subliniază necesitatea cercetării în ce măsură aceste aspecte se întîlnesc sau pot fi realizate în clinica umană a diabetului zaharat, cu sau fără complicaţii tiroidiene.

There have been followed the plasmatics FFA variations the liver fat load and the liver llypase activity during hyperthyroidy, hypothyroidy and acute and chronic aloxanic diabetes.

The FFA values have increased by 51% in hyperthyroidised animals, while in the hypothyroidised they decreased by 11% comparing to the normal rats. A more significant increase has been found in the acute form of diabet (+355%) as well as in the cronical one (+239%).

Under the conditions of diabeten during hyperthyroidy, the FFA values were decreased comparing to those found in the simply diabetised animals. In these animals the liver fat load has been a little reduced, while at the before hand hypothyroidised the aspect was the one of heavy load.

The activity of the liver lypase has been very weak in diabetised animals, and of a medium intensity at the animals treated with MTU. In the before hand hyperthyroidised rats the lypase activity was close in the one found in normals.

It is to notice an interrelations between the lipidic load and the liver lypase activity during simple hyperthyroidy on associated with the diabetes hyperthyroidy.

Our data are underlining the importance of exploring the thyroidian functional state and the plasmatics FFA for diabetes evolution.

HIPOGLICEMIILE INDUSE DE ALCOOL

D. Lacatiş, Gh. Creţeanu
— *Iaşi*

Se defineşte hipoglicemie (H) un ansamblu de manifestări clinice de cauză multiplă şi care se asociază unei scăderi a glicemiei sub valori normale (prag critic).

Importanţa scăderii glicemiei, cît şi viteza ei, condiţionează apariţia semnelor clinice, care sînt diferite de la un subiect la altul. Diagnosticul pozitiv al hipoglicemiei trebuie pus întotdeauna prin dozajul glicemiei.

Se consideră astăzi că erorile prin lipsă sînt tot atît de frecvente ca şi erorile prin exces în ceea ce priveşte diagnosticul pozitiv al hipoglicemiei.

Astfel, anxietatea, astenia, palpitaţiile, cefaleea nu sînt recunoscute ca manifestări hipoglicemice.

În timp ce diabetul zaharat are un oarecare grad de unitate, hipoglicemiile reprezintă şi astăzi un exemplu de diversitate etio-simptomatică.

După Debry problema hipoglicemiilor ţine de trei cuvinte:

„Y penser, l'expliquer, la traiter".

Glicemia la un subiect normal à jeun este o variantă nictemerală cuprinsă între limite stricte.

Valorile glicemiei scad în timpul nopţii şi se consideră că valoarea glicemică matinală reprezintă nivelul glicemic controlat homeostatic. Aceste limite diferă în funcţie de metoda şi tehnica de dozare precum şi de locul de recoltare (venos, arterial, capilar).

Locul de recoltare nu are mare importanţă la subiecţi à jeun, unde diferenţele arterio-venoase în glucoză sînt mici.

Metoda	Tehnica Manuală	 Automată	Valori normale g‰
Tehnici bazate pe puterea oxido-reducătoare a glucozei			
Folin-Wu, săruri Cupru	+		0,90—1,10
Nelson-Somogyi, săruri Cu	+		0,90—1,10
Baudoin-Lewin, săruri Hg	+		0,80—1,10
Hagedorn-Jensen, săruri Fe	+		0,85—1,10
Hoffman — săruri ferice	+	+	0,80—1,00
Tehnici bazate pe formare de derivaţi furfuralici			
Ortotoluidină	+	+	0,65—0,85
Tehnici enzimatice			
Huguett-Nixon, glucoz-oxidază	+	+	0,60—0,80
Huguett-Nixon, hexokinază	+	+	0,55—0,85

Este de preferat ca fiecare laborator să precizeze tehnica utilizată.

Metodele oxido reducătoare nu sînt specifice glucozei şi ele ating de asemenea: manoza, fructoza, glutationul, creatinina, acidul uric, acidul ascorbic, unii aminoacizi, metaboliţi medicamentoşi (ca: sulfamide, L-dopa, paracetamol, acidul nalidixic, mercapto-purine...). Aceste interferenţe sînt mult diminuate prin defecaţie (eliminare de proteină), absorbţie de către precipitate de zinc, mercur sau dializă (auto analyser tehnicon). Se consideră că majorarea glucozei cu aceste tehnici atinge 0,10—0,40 g.

Metodele bazate pe formarea derivaţiilor furfuralici sînt mai specifice, neacţionînd pe lîngă glucoză, manoza, fructoza, galactoza decît la doze mari de acid uric. Se consideră că încărcarea glicemiei reale prin aceste tehnici este de 0,05—0,10 g‰.

Prin metodele enzimatice pot exista interferenţe datorită intensităţii coloraţiei. Există astfel erori în minus (vit. C, acid uric, acid acetil salicilic, L-dopa) şi erori prin exces (sulfamide hipoglicemiante, tolasomid, izoniazid).

La nou-născut nivelul glicemiei (adevărate) este între 0,50—0,60 g‰; glicemia creşte încet şi la 3 ani atinge cifrele adultului.

Malins, arată că glicemia à jeun variază cu vîrsta:

Vîrsta (ani)	glicemie à jeun sînge capilar + g‰
0—29	0,85 ± 0,088
30—49	0,87 ± 0,114
50—69	0,89 ± 0,137
peste 70	0,99 ± 0,166

Se consideră valori normale ale glicemiei pentru metodele nespecifice cifrele între 0,80—1,30 g‰ (sînge venos — à jeun). Media nictemerală a glicemiei cu metodele specifice este de 0,80 g‰ (glucozo-oxidază şi ortotoluidină).

Marks consideră că la 95% din populaţia aparent sănătoasă normalitatea glicemică cu metode specifice trebuie considerată între 0,50—0,90 g‰.

Redăm criteriile chimice de hipoglicemie folosite de diverşi autori pentru diverse metode.

Glicemie	Sînge/Plasmă	Metoda	Autor
0,60	S	H.J.	Khurana 1971
0,50	S	F.W.	Whipple 1952
0,50	S	H.J.	De Peyster 1970
0,45	P	G.O.	Marks 1972
0,40	S	G.O.	Marks 1972
0,40	S	O.T.	Gorden 1974

S — sînge; P — plasmă; H.J. — Hagedorn-Jensen; F.W. — Folin-WU; G.O. — glucoz-oxidază; O.T. — ortotoluidină.

Astfel hipoglicemia are o definiție chimică și trebuie diferențiată de neuroglicopenia care este o definiție clinică.

Astăzi, diagnosticul chimic de hipoglicemie este posibil dar din cauza metodelor numeroase de dozaj glicemic există încă multă confuzie chiar și interpretări particulare.

Whipple în 1884, a fost primul autor care a atras atenția asupra evidenței biochimice a hipoglicemiei în stabilirea diagnosticului, moment care să coincidă cu prezența simptomelor, simptome care trebuie să dispară total sau parțial prin administrarea glucozei.

Criteriul biochimic adoptat de Wipple pentru diagnosticul hipoglicemiei — glicemie de 0,50 g‰ sau mai puțin (metode clasice) este, precum s-a mai amintit, larg utilizat astăzi de majoritatea specialiștilor.

Reglarea glicemiei este în funcție de echilibrul între glucoza din lichidele extracelulare (LEC) și cea care intră în celule sau / și cea care este eliminată urinar.

Surse de glucoză din LEC : — aport glucidic (350 g/zi în medie) condiționat de : natura glucidului ingerat (absorbție rapidă, semilentă, lentă), starea morfofuncțională digestivă, factori hormonali (tiroidă etc.) ; — glicogen hepatic ce asigură nevoile de urgență (50 g în medie) ; — neoglicogeneză hepatică din acizi aminați, glicerol, acid lactic.

Glucoza ce părăsește LEC intră în celulă printr-un mecanism activ ce necesită existența unui sistem de transport transmembranat. Asupra acestui sistem acționează insulina.

Glucidele reprezintă singurele surse de glucide din natură ce pot fi degradate cu producere de energie atît în anaerobioză (fermentație), cît și în aerobioză (ciclul Krebs plus lanț de oxido-reducere mitocondrial) producînd energie sub formă ATP, sursă nediferențiată de energie celulară.

Substanțe necunoscute pînă astăzi ca hormoni parieto-digestiv, prostaglandinele, somatostatine, somatomedina, NSILA, acționează asupra glucozei, asigurînd reglarea nutrițională celulară și deci a organismului întreg și realizînd sistemul multireglat glucidic.

Legătura dintre insulină și receptorul celular face obiectul unor studii numeroase în ultimul timp. Astfel alterarea receptorului insulinic la subiecții obezi, acidoză, exces de hormoni somatrotrop, hipercortisolism, bătrîni, explică astfel așa numitele diabete cu insulină normală.

Celulele sanguine, hepatocitele, celulelor insulelor insulelor lui Langerhans și celulele nervoase fac excepție de la acest sistem de transport membranar al glucozei, glucoza intrînd în aceste celule în funcție de concentrația sa în LEC și independent de insulină. Numeroși factori metabolici, nervoși, hormonari prin modificările de consum glucidic tisular ce le induc, intervin asupra nivelului glicemic. În funcție de factorii ce acționează asupra aportului și consumului de glucoză, hiperglicemiile se pot clasifica în :

	Efectori	Varietate etiologică
H. prin consum (pierdere) a glucozei	mecanism insulinic	Hiperinsulinism organic Hiperinsulinism funcțional (gastrectomie, obezitate, diabet asimptomatic, leucinic, etc.).
	contracție musculară	Efort intens
	tub renal	Diabet renal
	țesut tumoral	Hipoglicemie organică extrapancreatică
H. prin lipsă de aport	alimentație glicogen	de nutriție severă insuf. hepatică alcoolism
	enzimatic	glicogeneză galactozemie intoleranță la fructoză intoxicație alcoolică
	neuglucogeneză	insuficiență hepatică deficit de hormoni, hiperglicemianți

Metabolismul energetic neuronal În mod obișnuit glucoza este singura sursă energetică a creierului (coeficient respirator 0,99—1,00).

Experimental manoza și acidul glutamic și accidental corpii cetonici pot fi utilizați de creier. Nici un alt glucid, nici acidul lactic nu constituie surse energetice pentru SNC.

După cum arată Cahill corpii cetonici pot fi utilizați de creier numai dacă sînt în cantități mari. Ori, în hipoglicemii, cetogeneza fiind blocată de excesul insulinei, această sursă energetică nu este nici odată utilizată.

Astfel orice scădere a glucozei antrenează rapid o disfuncție neuronală. Din punct de vedere energetic creierul unui adult cheltuiește 1/5 din caloriile bazale totale. Glucoza realizează la nivelul creierului menținerea unor gradiente electrolitice și formarea proteinelor intracelulare, cît și a substanțelor neurotransmițătoare. Scăderea glucozei chiar în proporții mici produce scăderea consumului de oxigen cerebral, Energia chimică și electrică ce părăsește creierul pe cale nervoasă poate fi comparată cu un radiator intracranial, căldura fiind un deșeu energetic produs de creier în timpul sintezelor și degradărilor celulare necesare menținerii gradienților electrochimici.

Reducerea fluxului arterial sau a substratului (glucoză)explică modificările mari ale neuronului ducînd la leziuni organice sau moarte.

Martorul biologic al acestei suferințe îl reprezintă scăderea consumului de oxigen în hipoglicemie. De asemenea, la începutul hipoglicemiei se observă o creștere a fluxului circulator cerebral pentru compensarea scăderii glucozei.

La nivelul creierului există o cantitate minimă de glicogen care ar putea împiedica pentru cîtva timp apariția leziunilor celulare ireversibile.

Pentru Lestradet timpul maxim de comă hipoglicemică profundă care nu dă modificări și fără risc mortal, este de 90 minute. Se pare că acest timp este variabil de la un subiect la altul. Tulburările cerebrale realizînd modificări de permiabilitate, edem cerebral și leziuni degenerative celulare atinge la început structurile corticale și apoi cele profunde.

Marks demonstrează, în anul 1976, că hipoglicemia poate uneori să nu se asocieze cu simptome de neuroglicopenie precum și faptul că manifestări tipice de neuroglicopenie pot exista în afara cauzelor hipoglicemice.

Se folosește des exemplul diabeticului care are simptome severe hipoglicemice cu glicemie normală sau crescută, simptome corectate prin administrarea glucozei.

În practica clinică însă aceste disociații sînt extrem de rare, în afara blocării artificiale a metabolismului neuronal al glucozei prin 2—deoxiglucoză. Precum s-a amintit, glucoza intră liber în celula nervoasă necesitînd insulină pentru transportul transmembranelor. Această concepție clasică este în ultimul timp discutată.

Rafaelsen semnează cercetări experimentale ce infirmă această teorie. Astfel insulina in vitro ar crește consumul de glucoză de către hipofiză și țesut cerebral de șobolan. După tratament cu insulină, in vivo aceleași formațiuni au un consum de oxigen superior ca cele provenite de la animale netratate.

Butterfield a demonstrat la om că există în creier, ca și la alte țesuturi, un prag de utilizare al glucozei, prag care este coborît de insulină. Creierul ar avea un prag al glucozei mai coborît decît alte țesuturi și modificat mai greu și mai lent de către insulină.

Ultima probă, adusă de Gottstein arată că administrarea de glucoză crește lent consumul glucidic de către creier spre deosebire de administrarea simultană de glucoză — și insulină care crește cu 50% consumul de glucoză. Se pare însă că această glucoză captată în exces nu este imediat oxidată și că ar fi încorporată în „pool"-ul de aminoacizi sau transformate în lipide.

Importanța leziunilor cerebrale produse de hipoglicemie explică și mecanismele de apărare ale organismului în cazuri de hipoglicemie. Astfel cel mai important factor ce intervine în controlul glucozei este scăderea sau oprirea secreției de insulină în caz de hipoglicemie (acțiune directă) și care cuplat cu semiviața scurtă a insulinei plasmatice (5—10 min.) și de asemenea cuplat cu producerea de glucoză hepatică luptă împotriva hipoglicemiei.

Stimularea catecolaminelor suprarenaliene, cuplată cu eliberarea glucagonului din celulele alfa pancreatice amplifică acest efect crescînd producerea de glucoză hepatică.

Datorită producției mari de glucoză hepatică, organismul caută mijloace să nu sufere creierul (glicogenoliză, gluconeogeneză). Glicopenia din SNC antrenează pe cale nervoasă simpatică o stimulare puternică a celulelor alfa 2 și o inhibiție a celulelor Beta.

Eliberarea catecolaminelor de origine suprarenală acționează în același sens asupra insulelor Langerhans și contribuie astfel la eliberarea carburantului de uzură stimulînd glicogenoliza hepatică și musculară și lipolize; cortisolul și STH de asemenea stimulat contribuie la creșterea glucogenogenezei.

Glucoza, înainte de a trece membrana celulară cerebrală, trebuie să treacă de bariera hematoencefalică. O concentrație minimă (prag) a glucozei plasmatice este necesară pentru această trecere în caz contrar ar fi nevoie de o trecere cu ajutorul unui transportor contra unui gradient. În practică găsim situațiile cele mai diverse, care nu întotdeauna au o explicație fiziologică și termodinamică.

Astfel, există cazuri cu insulinoame inoperabile și adaptare la glicemii de 0,20—0,30 g‰. Diabeticii insulinodependenți cu hiperglicemii ce depășesc 2—3 g‰, pot realiza episoade hipoglicemice confirmate electroencefalografice după o scădere rapidă a glucozei (insulină) cu glicemii mai mari însă la 1 g‰. De asemenea diabeticii ce fac multiple injecții cu insulină cristalizată pentru a asigura un control mai bun al diabetului, cu glicemii în jur de 1 g‰, realizează frecvent episoade hipoglicemice.

Astfel Cahill demonstrează că indiferent de nivelul glicemiei, scăderea ei cu jumătate produce modificări ale funcției de adaptare a creierului la glucoza ambiantă, producînd simptome fiziologice ale deficitului de substrat.

CONSECINȚELE NERVOASE ALE HIPOGLICEMIEI. Precum s-a amintit, în hipoglicemie, se produce o creștere a fluxului vascular cerebral ce aduce pentru un timp creierului o cantitate de glucoză suplimentară. Consumul normal de oxigen pentru 100 g creier este de 3.3 ml/min. În momentul cînd acest consum scade la 2,6 ml/min. apar suferințele cortexului cerebral: diplopie, excitație, tulburări de comportament, etc.; sub 2 ml/min. apare coma hipoglicemică. Ulterior și alte structuri cerebrale suferă prin carență glucidică. Apare suferința subcorticală și diencefalică (mișcări automate, agitație, convulsii), apoi mezoencefalice (semnullui Babinski, contracturi, nistagmus), premielencefalice (semne de decerebrare) și suferințe mielencefalice (comă profundă, abolirea reflexelor tendinoase și corneene).

Pentru glicemii nule metabolismul cerebral nu este complet suprimat ceea ce permite unui comatos anumite funcții cerebrale. Se consideră că. în cazul glicemiilor cerebrale nule durata de utilizare și degradare a constituienților cerebrali este de 90 min., după care coma devine ireversibilă (Lubetzki).

Persistența însă a unei activități metabolice cerebrale cu o glicemie nulă se explică prin existența unor rezerve energetice cerebrale sub formă de mici cantități de glicogen. Cantitatea de glicogen din SNC este evaluată la 2 g în consumul de glucoză al unui creier normal, de 60 ml/min. Este de asemenea posibil ca, în coma glicemică, creierul să facă apel și la cantități mici de acizi aminați.

Un alt factor ce modifică proporționalitatea strictă între glicorahie și intensitatea semnelor clinice, pe lîngă modificările de debit sanguin cerebral este hipokalemia, care acompaniază modificările de penetrație intracelulară a glucozei.

De asemenea, retenția sodată la nivelul celulelor cerebrale și posibilul rol al calcemiei, prin modificarea (blocarea) pompei de sodiu, joacă un rol în acest paralelism.

S-a amintit deja de posibilul rol pe care insulina l-ar avea în penetrarea glucozei intracerebral. Ar rezulta că, pentru o glicemie dată, suferința cerebrală ar fi cu atît mai importantă cu cît insulinemia corespondentă este mai crescută. Astfel s-ar explica poate surprinzătoarea toleranță la hipoglicemie la diabeticii tratați cu insulină sau la subiecții cu insolinoame.

Înaintea suferinței SNC apare excitația S.N.A. Astfel reacția parasimpatică este responsabilă de senzația de foame și de tulburări digestive (bară epigastrică, etc.). Excitarea simpatică intervine sau înainte sau după semnele suferinței corticale: transpirații, tahicardie, hipotensiune arterială.

SIMPTOMATOLOGIE, DIAGNOSTIC. Simptomatologia hipoglicemiilor este reflectarea suferinței encefalului legat direct de penuria în glucoză. Secreția catecolaminică indusă prin căderea brutală a glicemiei antrenează în anumite cazuri o simptomatologie proprie.

Orice hipoglicemie importantă sau prelungită antrenează semne neurologice grave și psihiatrice acute, uneori grave.

Nu este nici o corelație instantanee între nivelul glicemiei și gradul de intensitate a simptomelor. Accidentele majore neurologice și psihiatrice sînt foarte polimorfe și deosebit de variabile. Subiecții cu hipoglicemii organice sînt mulți ani tratați în mediu psihiatric. Uneori sînt manifestări mai puțin grave ca: anxietate, cefalee, letargie, dificultatea de a se exprima, confuzie, somnolență.

Acest polimorfism simptomatic, îndepărtează diagnosticul mulți ani. Episoadele hipoglicemice duc la o scădere a funcțiilor intelectuale sau la tulburări cronice de comportament.

Semnele adenalinice (transpirații, tremurături, palpitații, senzații de foame și rău general, tahicardie etc.) nu sînt specifice stării de hipoglicemie. Ele sînt uneori dominante.

HIPOGLICEMIILE PRIN INTOXICAȚIE ALCOOLICĂ

În această categorie putem încadra:

A. Hipoglicemia indusă de alcool la persoanele diabetice și nediabetice.

B. Hipoglicemiile spontane din cursul steatozei alcoolice (hiperinsulinism).

A. Hipoglicemiile induse de alcool se observă la adulți etilici sau nu și în afara cirozelor hepatice.

Condiții favorizate de apariție a hipoglicemiei sînt: — foame prealabilă 42—24 de ore, — stare de denutriție calorico-azotată medie sau severă — ingestie masivă de băuturi alcoolice.

Timpul de latență între ingestia alcoolică și apariția accidentelor hipoglicemice este de 3—12 ore. În această perioadă putem avea (sau nu) semne de intoxicație alcoolică acută.

Se descrie o stare comatoasă ce seamănă cu agitația din delirium tremens asociată lipotimiei cu absența transpirațiilor și a tehicardiei.

Glicemia este de regulă sub 0,50 g‰ cu o discretă cetonurie fără glicozurie. Alcoolemia între 1—2 g‰ nu explică tulburările de conștiință. Insulinemia este narmală. Se notează răspunsul terapeutic disociat la glucagon (nul) și glucoză hipertonică ce scoate bolnavul imediat din comă. Aportul glucozat trebuie să fie prelungit, deoarece bolnavul reintră în comă ușor. Evoluția mortală este în 8—10% din cazuri. Jeunul izolat fără alcool nu reproduce manifestările hipoglicemice ceea ce contribuie la eliminarea unei hipoglicemii tumorale (organice). TTG la acești subiecți este frecvent patologică (tip diabetic asimptomatic) sau se caracterizează printr-o hipoglicemie reacțională exagerată.

Dozajul insulinemiei în timpul TTG este de asemeni normal. Alcoolul induce o hipoglicemie prin reducerea neoglucogenezei și reducerea debitului subhepatic de glucoză (Freinkiel și Arky).

La subiecții cu hipoglicemie alcoolică sînt invocate trei mecanisme patogenice și anume: — depletiție de glicogen sub efectul jeunului și al denutriției (verificat prin PBU); — slăbirea mecanismelor hiperglicemiante; — blocajul neoglucogenezei, deoarece oxidarea alcoolului se face pe căile metabolice ale neoglicogenezei. La acești subiecți rezervele hepatice în glicogen sînt mici. De notat că majoritatea alcoolicilor cronici nu fac acest accident, el apărînd la intoxicațiile cu alcool.

B. În cursul steatozelor alcoolice pot apare fenomenele hipoglicemice fără accidente clinice (8—10% — Augard).

TTGO este plat în 50% din cazuri de steatoză alcoolică (Lamache). Hiperinsulinemia moderată în aceste cazuri coexist. cu fenomene de hipoglicemie posstimulativă.

Absorbția de alcool la diabetul zaharat insulinodependent poate antrena coma hipoglicemică gravă, cu leziuni cerebrale definitive. Alcoolul potențează răspunsul insulinei la omul normal (Metz).

PREVENIREA ȘI TRATAMENTUL ALCOOLISMULUI

A. D. Petrescu
— *București*

Alcoolismul afectează — după O.M.S. — circa 6% din populația lumii și în unele țări circa 1% din venitul național, prin pagubele produse.

Alcoolismul reprezintă o boală metabolică, o „intoleranță" prin abuz deoarece organismul uman are o anumită capacitate limitată de a catabeliza alcoolul — circa 160—170 g/zi — cu variații individuale.

Cantități mai mari de alcool ingerate vor trebui catabolizate prin suplimentarea cu metaboliți, care să ajute catabolizarea acestuia și nu blocarea metabolismului alcoolului prin chimioterapie de „aversiune", dar și de inhibarea catabolismului normal, în loc să-l accelereze.

Metaboliții care vor trebui suplimentați sînt minerale, vitamine, zaharuri, proteine, nucleotide etc. administrate prin alimentație — deci dietetică antialcoolică — sau prin medicamente cu aceste substanțe.

Prevenirea și tratamentul alcoolismului necesită cunoașterea metabolismului — mai ales a catabolismului, deoarece anabolismul alcoolului în organismul uman are loc în cantități foarte mici — și cunoașterea intoxicației alcoolice, utilă pentru efectuarea dezintoxicației.

Metabolismul alcoolului. În 1973, a avut loc I-ul Simpozion despre metabolismul alcoolului și acetaldehidei. „Aspectele metabolice ale alcoolului" a fost titlul unei cărți apărute în 1977, ilustrînd actualitatea problemei / THURMAN, 1973 /

Absorbția alcoolului are loc : 20% în stomac și 80% în intestin.

Ingerarea a 10 ml alcool/oră dă o alcoolemie de 0,15 g/1.000 ml sînge/oră / ANDER, 1971/.

Alcoolul ajunge la o concentrație de 175% în creier față de 145% în ficat și 100% în sînge / KROHN, 1963/, fapt ce confirmă că întîi lezează creierul — în primele 8 luni de consum intensiv — și apoi ficatul — în 8—12 luni — / JARLSTAEDT, 1975 / și nu după 16 ani sau la vîrsta de 51 de cum susțineau alți autori.

Alcoolul ingerat masiv persistă în organism pînă la 15 zile.

Alcoolul exogen consumă circa 70% din energia ficatului (ATP) / STUHALFAUT și NEUMAYER, 1951 /, fapt de care trebuie ținut seama la prevenirea și mai ales la tratament, în deosebi la cazurile acute de intoxicație.

Acest fenomen explică ciroza ficatului la alcoolici — de 9 ori mai frecventă ca la nealcoolici —, la care ficatul nu este „ars" de alcool.

Alcoolul este catalizat 90—95% în ficat, circa 140 g/zi / ANDER, 1971 /, 174 g-zi / GONȚEA, 1970 /, 168 g/zi / SPORN, 1963 / etc. valori apropiate.

Alcoolul este metabolizat — catabolizat — prin : oxidare, reducere și hidroliză. Oxidarea are loc în ficat 90—98% de către alcool dehidrogenază, la acetaldehidă — reversibil — și cel endogen — cantitate mai mică — este oxidat — ireversibil — de către peroxidază / BUDDECKE, 1973 /.

Alcool dehidrogenaza necesită prezența FAD — flavin adenin dinucleotidului — și a nicotinamidei — vitamina PP — / NEUMAN și colab., 1973 /.

Acetaldehida este oxidată la acid acetic, fie anaerob de către acetaldehid dehidrogenază sau aerob de către xantin oxidază / BUDDECKE, 1973 /.

Acetaldehida trece și în acetil-COA, în prezența FAD și a nicotinamidei / NEUMANN și colab., 1973 /.

Din catabolismul alcoolului rezultă : — 95% bioxid de carbon și apă, — 2—3% grăsimi și — 3% se elimină prin urină / GONȚEA, 1970 /.

Intoxicația alcoolică. Alcoolul ingerat peste capacitatea organismului de a-l cataboliza (168—240 g/zi) produce intoxicații alcoolică, din cauza intoleranței la alcoolul în abuz — peste limita maximă tolerată individual —, situație metabolic și patologic similară cu intoleranța la glucoză — diabet, prin lipsa de insulină și glucochinază — sau cu intoleranța la fructoză — enzimopatie ereditară cu lipsa de fructochinază în cazul fructozuriei ereditare sau a fructozo — 1-fosfat aldolazei, în cazul intoleranței uneori letale chiar înaintea vîrstei de un an.

Intoxicația alcoolică este determinată de insuficiența unor biocatalizatori — față de cantitatea excesivă ingerată, mai ales continuu : minerale, vitamine, enzime etc., care trebuiesc suplimentate corespunzător.

Dintre minerale cităm : Mg, Zn etc. / SCHMIDT, 1969 / — necesare pentru enzime, dar și altele ca : K, Fe etc., fosfați — necesari pentru ATP sau chiar ATP (Fosfobion) injectabil, administrat ca atare.

Alcoolul — în abuz — afectează toate organele și funcțiile organismului, cu creșterea morbidității și mortalității.

Alcoolul produce : hipertensiune, hiperlipidemie, hiperventilație, cu alcaloză respiratorie, hipoglicemie, inhibarea ciclului acidului citric / KREBS, 1937 / — prin hipoglicemie și lipsă de metaboliți în ciclul KREBS, apoi creșterea eliminării urinare de : sodiu, potasiu, magneziu, ATP etc. / MELLO și MENDELSON, 1972/. De asemenea, termoreglarea deficientă — alcoolul consumînd 70% din energia ficatului — / BRATU și ABULIUS, 1957 /.

Alcoolul contribuie la boli : digestive, pulmonare, hepatice, endocrine, cardiace, nervoase / IVANY, 1959/, hematologice / SCHMIDT, 1969/, oculare, sexuale / BRADU și ABULIUS, 1957 /, genetice — 66% dintre copiii epileptici sau idioți — / GONȚEA, 1970 /.

Cirozele hepatice din Franța proveneau din cauza alcoolului, la 85% dintre bărbați și la 75% dintre femei / GONȚEA, 1970 /.

Speranța de viață este redusă cu 10—12 ani și mortalitatea este de 2,5 ori mai mare, ca la cei care consumă puțin sau deloc alcool / PITMAN, 1973/.

Prevenirea alcoolinmului. Alcoolismul este produs mai ales de ingerarea de băuturi alcoolice tari — în jur de 40° — în cantități mari — pînă la 1 litru zilnic —, care reprezintă circa 400 g alcool — dublul capacității de catabolizare.

Experiența umană multiseculară de a consuma fructe, mai ales mere, după o masă copioasă „stropită" și cu alcool, are un fond și o explicație biochimică bine fondată. Merele conțin fructoză — accelerator al catabolismului alcoolului — pînă la 75% din totalul glucidelor și în proporție de 2—4 ori mai mare față de glucoză — mai slabă acceleratoare de catabolism.

Această experiență ne sugerează îndulcirea tuturor băuturilor tari — cum se face în cazul lichiorurilor și a vermutului — cu zaharuri, mai ales cu fructoză, care accelerează catabolismul alcoolului cu +42%, față de glucoză cu +10% — în aceleași condiții biologice.

Rolul fructozei în creșterea constantei de catabolizare a alcoolului a fost semnalat încă din 1937 de CARPENTER și LEE, dar uitat și nefolosit.

Adăugarea de vitamine — din grupul B — și a vitaminei C, alături de acid citric — neprodus în alcoolism în cadrul ciclului KREBS deficient, în alimentele și băuturile pentru alcoolici, ar accelera catabolismul.

Dietetica antialcoolică poate constitui un ajutor prețios în prevenirea, mai ales a urmărilor acestei boli metabolice, larg răspîndite în lume. Ea trebuie să cuprindă metaboliții necesari în plus în acest regim: minerale: Mg, Zn, K etc., vitamine — din grupul B, C etc., zaharuri, mai ales fructoză — din zahăr, miere, fructe etc., proteine, nucleotide — FAD, etc.

Tratamentul alcoolismului. Tratamentul cu metaboliți cuprinde o gamă largă de medicamente, care trebuie să conțină substanțele existente în metabolismul uman și care contribuie la accelerarea catabolismului alcoolului ingerat, evitînd pe cît posibil urmările acestuia pentru individ și urmașii săi.

Dintre minerale: Mg, Zn etc., se pot administra ca sulfați — solubili —, asociați cu zaharuri, vitamine, proteine, enzime etc.

Dintre zaharuri fructoza are cel mai puternic efect de accelerare a catabolizei alcoolului, prin funcția sa cetonică și proprietățile sale fizico-chimice și biologice — fructochinaza este de 10 ori mai activă ca glucochinaza pentru glucoză — și este de 4 ori mai activă ca glucoza, la creșterea constantei de catabolizare a alcoolului.

Fructoza 60—80 g administrată oral sau i.v. în cazuri acute scade alcoolemia (STUHLFAUT și NEUMAYER. 1951; MEHNERT și colab., 1970).

Fructoza administrată în raport de 1 : 1 sau 2 : 1 față de alcoolul ingerat, îi accelerează catabolismul cu 50% în decurs de 2 ore, dacă este administrată oral și cu 70% dacă este administrată intravenos (PLETSCHER, 1953). Doza trebuie individualizată, după caz.

Faptul că fructoza accelerează catabolismul alcoolului este menționat și în „Agenda Medicală" pe 1978 (STROESCU, 1977), dar neutilizat.

Fructoza administrată i.v. — comparativ cu glucoza — crește cu pînă la 80% acidul piruvic din sînge și scade alcoolemia pînă la 260%, conform reacției:

alcool etilic + acid piruvic ——> aldehidă acetică + acid lactic (WESTARFELD și colab., 1943; PLETSCHER, 1953; BUDDECKE, 1973; etc.).

Alanina — aminoacid — poate de asemenea produce acid piruvic pentru catabolismul alcoolului.

Alcoolul exogen consumă circa 70% din energia ficatului (STUHLFAUT și NEUMAYER, 1951), așa că tratamentul va trebui să cuprindă și: fosfați, dar mai ales ATP (Fosfobion), injecții, mai ales în cazurile acute.

Vitaminele din grupul B — mai ales B_1 și PP — și vitamina C sînt necesare pentru catabolismul alcoolului (KRASMER, 1974; SITINSKI, 1975).

Dintre nucleotide este necesar îndeosebi FAD — flavin-adenin — dinucleotidul — care participă în calitate de coenzimă la catabolism.

Tratamentul cu metaboliți trebuie asociat pentru a asigura catabolismul complet și rapid al alcoolului ingerat, mai ales în exces.

Concluzii. Prevenirea și tratamentul alcoolismului poate fi efectuat prin metaboliți — substanțele naturale produse de organismul uman, care participă în mod obișnuit la catabolizarea alcoolului —, care pot fi administrați prin alimentație bogată în acești principii activi — o adevărat dietetică antialcoolică — și prin medicamente cu acest conținut, care pot fi dozate mai precis și administrate în mod individualizat.

Tratamentul cu metaboliți evită reacțiile adverse ale chimioterapiei actuale — considerată de „aversiune" față de alcool, pe care o produce prin inhibarea transformării acetaldehidei în acid acetic, deci printr-o agravare a intoxicației alcoolice în loc să acționeze prin accelerarea metabolismului cum se face de către metaboliții participanți la catabolismul alcoolului: minerale, vitamine, zaharuri, proteine etc.

Prevenirea și tratamentul alcoolismului cu metaboliți pot fi puse în slujba sănătății a cel puțin 6% din populația omenirii bîntuită de acest viciu — boală metabolică — tratabilă metabolic pentru sănătatea viitoare a OMENIRII pe TERRA.

The prevention and the therapy of the alcoholism pith metabolites can be a new method for the better health of the future Mankind.

The alcoholism is a metabolic disease and a problem of the public health at World level through his: medical, personnal, familial, professional, social, economical, pedagogical, ethical etc. implications. This „pest" of our time affected after W.H.O. about 6 per cent of the World population. In some countries the damages are about of 1 per cent of the national income. The alcoholism is a metabolic diseane — the intolerance to the abuse — more as 160 g alcohol daily — which cannot be catabolised by the human body. The intolerance is comparable with other metabolic intolerances as of glucose — diabetes — or of fructose because of enzymes lack of losses, and so the incapacity of organism to metaboline normal the abuse of alcohol.

The chemotherapy with xenodrugs — foreign substances for the human body — cannot replace the metabolites necessary for the better and faster catabolism of alcohol as: minerals, vitamins, sugars — especially fructose with better biochemical properties as glucose about 4-fold-, proteins, nucleotides, ATP etc. The chemotherapy produced side effects because of the inhibition on the step of transformation of acetaldehyd in acetic acid which must be accelerated and not blocked — as today.

The World Literature contains of some decades works concerning the uses of fructose in alcoholism — nop forgotten — and many other metabolites able to accelerate the catabolism of alcohol in the body.

The prevention of the alcoholism is possible by the use of metabolites in foods and beverages — especially in the high concentrated alcoholic with the use of fructose — as is used sugar in liquor and wermuth, and the addition of other metabolites-drugs as vitamins B, C, citric acid — not produced in KREBS cycle of alcoholic — also ATP, phosphate etc.

.The antialcoholic dietetics is a new science in this purpose.

The traitment of alcoholism is possible also with metabolites — individualised after each case — with: minerals, vitamins, proteins, sugars — in first line fructose — ATP etc. etc.

The prevention, and the traitment with metabolites can ensure a better health for the future of the health of the MANKIND on the TERRA.

RACHIUL DE MERE OBȚINUT PRIN DISTILAREA SUCULUI DE MERE FERMENTAT (*)

Gh. Iftode
— *Iași*

Deși cunoaștem și sîntem conștienți de influența negativă a alcoolului asupra sănătății individului și asupra integrității familiei lui, cu implicații grave asupra descendenței și în general asupra societății, atunci cînd este consumat cu regularitate și în doze crescute, în condițiile unei subnutriții, prezentăm în fața celui de-al II-lea Simpozion — cu tema *„Alcoolismul — implicații bio-psiho-sociale“* — un nou produs pe piața internă, obținut la Iași în Întreprinderea viei și vinului numit „rachiul de mere. obținut prin distilarea sucului de mere fermentat“.

De la început s-ar părea că sîntem într-o contradicție totală prin înfățișarea titlului produsului alimentar obținut și prezentat, alături de scopul Simpozionului organizat la acest nivel, declarat împotriva consumului de alcool.

Din argumentele sumare ce se vor enumera, se va constata parțial, că în activitatea noastră mergem pe o cale comună, dar cu mijloace de combatere diferite, care, numai dacă nu sînt cunoscute, atunci rămîn impresii opozabile.

În primul rînd menționez că în județul Iași au funcționat în anii 1972—1973, 207 cazane de fabricat rachiu din diverse materii prime. Deoarece, materialul din care erau confecționate era necorespunzător, o parte au fost desființate, deocamdată, rămînînd 172, iar reducerea lor fiind o preocupare continuă. Pe de altă parte activitatea de prelucrare a marcurilor cît și procesul de fabricare a rachiurilor se desfășoară în condițiuni insalubre, încît în majoritatea cazurilor produsele obținute nu sînt corespunzătoare organoleptic și fizico-chimic.

În baza Legii nr. 21/1972 — Legea Viei și Vinului — întreprinderile județene de profil sînt autorizate să controleze activitatea cazanelor de fabricație a rachiurilor și să colecteze în același timp uiumurile, procentual, stabilite. În același an apare și Ordinul nr. 184 al Ministerului Sănătății, care stabilește normele de igienă pentru produsele alimentare și băuturi.

Pe baza acestor acte normative s-au recoltat probe de produs finit de la cazanele mai reprezentative pentru dozarea alcoolului metilic, plumbului, zincului și cuprului ale căror valori sînt înscrise în tabelul 1.

Conținutul unor componente toxice în probe de rachiu

Tabel nr. 1

Produsul		Concentrația	
		Ord. 184/1972	Produs aliment.
— Alcool metilic alcool anhidru	g/100 ml.	1,60	4— 5
— Plumb	mg/l	3,00	11
— Zinc	mg/l	5,00	15—18
— Cupru	mg/l	3,00	12

Din datele tabelului 1 reiese că fermentarea marcurilor de mere împreună cu pielița, cassa semințelor, cozilor etc. crește concentrația alcoolului metilic, ca produs de hidroliză a substanțelor pectice din massa merelor. Se mai dovedește că depozitarea și fermentarea marcurilor de fructe se face în recipienți. care s-au utilizat în timpul verii la prepararea zemei bordeleze necesară combaterii manei la vița de vie, încît marcurile în timpul fermentării extrag ionii de cupru din doage îmbogățind produsul finit prin distilare. Ionul de cupru nu distilă, dar e antrenat de vaporii de alcool în produsul finit. De asemenea, o parte din cupru este corodat din massa cazanului de distilat.

Prezența plumbului și zincului în cantități apreciabile se explică prin utilizarea cazanelor de fabricarea rachiurilor care sînt confecționate din materiale necorespunzătoare, sînt îmbinate la încheieturi sau spoite cu aliaje bogate în plumb.

Posibilitatea combaterii alcoolismului de către întreprinderile de profil, pînă acum se rezumă la reducerea numărului de cazane insalubre, la prelucrarea fructelor și marcurilor acestora după tehnologii specifice în vederea reducerii formării alcoolului metilic chiar sub limitele de admisibilitate, și în final prin realizarea de construcții și instalații moderne de distilare confecționate din metale inoxidabile.

În continuare prezentăm succint tehnologia de fabricație a rachiurilor de mere rezultate din sucul de mere fermentat.

Fructele rezultate de la sortarea grupei a I-a pentru consum, a grupei a II-a pentru industrializare și semiindustrializare, deci mere din categoria a III-a, dar care au un conținut în zahăr mai bogat ca primele două grupe și nu mai puțin de 55—60 g zahăr/litru must, sînt trecute direct de la sursă la un tocător de construcție proprie, cu capacitatea de 1 vag./oră pe care le transformă în tăieței foarte subțiri — cu această ocazie zaharoza prin contact cu enzimele se scindează în glucoză și fructoză, mărindu-se concentrația zaharurilor fermentascibile. Materialul obținut de la tocător este preluat gravitațional de o presă continuă care separă mustul din tăieței, de pielițe, cassa semințelor și alte resturi care conțin substanțe pectice nedorite în procesul de obținere a rachiului de mere ceea ce contribuie la reducerea conținutului în alcool metilic în produsul finit.

Sucul de mere este trecut în bazine căptușite antiacid, unde are loc fermentarea cu unele măsuri de precauție : — verificarea pH-ului, care trebuie să fie cuprins între valorile 2,75—4,5. La nevoie se face corecția lui cu acid sulfuric 2% ; — adaus de SO_2 în concentrație de 10—30 mg/l suc ; — utilizare de fermenți selecționați în cantitate de 5—10% sub formă de maia de fermenți ; — se barbotează massa sucului de mere cu vapori încălziți pentru uniformizarea temperaturii și începerea fermentației în toată massa nucului, menținînd temperatura de fermentare optimă de 20—22°C ; — se urmărește zilnic mersul fermentației prin determinarea zahărului și transformarea corespondentă în alcool.

---

*) Rachiul de mere obținut prin distilarea sucului de mere fermentat (omologat de Ministerul Agriculturii și Industriei Alimentare și Ministerul Comerțului Interior prin certificatul de omologare nr. 8/20 noiembrie 1977).

Perioada de fermentare a sucului de mere se produce în 3—4 zile, deosebit de metoda clasică a cărei durată de fermentare se petrece în 12—14 zile, iar zaharurile nefermentascibile rămîn ca atare. Cînd zahărul a trecut în întregime în alcool, sucul fermentat se trece la distilare.

Sucul de mere fermentat este trecut imediat la distilare în coloane cu flux continuu cu Ø 800 m/m : rachiul de mere se obține la o concentrație alcoolică de 48—52°% alcool volume, iar prin redistilare ne obține rachiu de mere de 70—72°% alcool volume.

Reducerea metalelor din rachiul de mere, și în special a cuprului se realizează și prin spălarea coloanei de distilare cu apă acidulată cu H_2SO_4 la un pH 3—4, soluție care se distilă.

Depozitarea se face în vase de stejar cu capacități variabile de la 2 000—10 000 litri.

Rachiul obținut prin distilarea sucului de mere fermentat, denumit rachiu brut, se apreciază de comisia de recepție prin analize organoleptice și fizico-chimice conform *Normei Tehnice*, cu excepția alcoolului.

Rachiul brut se aduce la concentrația alcoolică de comercializare — 38% alcool volume — prin adaus de apă demineralizată : de asemeni se înnobilează prin adaus de 2 g glicerină și 8 g zi/litru apoi se omogenizează pentru repartiția uniformă a bonifianților, apoi se lasă în repaus timp de 5 zile.

Pentru obținerea limpidității cristaline a rachiului de mere, se aplică o cleire complexă, cu bentonită pînă la 1 gr/l. împreună cu gelatina pînă la 40 mg/l și tanin pînă la 20 mg/l pe bază de microprobe : după perioada de 7—10 zile de la limpezirea obținută prin cleire se aplică o filtrare prin plăci de carton filtrant.

La sfîrșitul operațiunilor de înnobilare, cleire și filtrare, se trece prin comisia de calitate care verifică însușirile organoleptice și constantele fizico-chimice conform caracteristicilor din tabelele 2 și 3.

Tabelul 2. — *Caracteristicile organoleptice.*

Caracteristici	Condiții de admisibilitate
— Aspect	— lichid limpede, fără particule în suspensie sau sediment.
— Culoare	— incolor, galben deschis pînă la galben auriu
— Gust și miros	— caracteristic fructului din care provine și de învechit, fără gust acru, afumat sau alte mirosuri și gusturi străine.

Tabel 3. — *Proprietățile fizico-chimice*

Caracteristici	Condiții de admisibilitate				
				Analize CVV București	
	Constantele Ord. MS/72	Analize Lab. IVV	Analize La. Povernei	distil.	redist.
— Concentrația alcoolică în % volum alcool la 20°C		38 ± 0,3	40,1	51,9	73,45
— Aciditate totală exprimată în acid acetic g/100 cmc alcool anhidru maximum	0,750	0,550	0,210	0,227	0,043
— Aldehide, exprimate în aldehidă acetică g/100 cm. c. alcool anhidru maximum	0,080	0,080	0,015	0,119	0,055
— Alcooli superiori, exprimați în alc. izoanilic g/100 cm. c. alcool anhidru maximum	0,500	0,500	0,280	1,492	0,830
— Esteri, exprimați în acetat de etil g/100 cm. c. alcool anhidru maximum	0,100	0,002	0,120	0,284	0,177
— Alcool metilic g/100 cm. c. alcool anhidru maximum	1,600	1,500	0,95	1,180	0,832
— Furfurol g/100 cm. c. alcool anhidru maximum	0,002	0,002	0,005	0,0007	0,00041
— Cupru mg/1 maximum	—	5	urme	2,000	1,000
— Fier	—	—	absent	absent	absent
— Zahăr	—	2	—	—	—

Din analiza tabelului 3 se constată că rachiul de mere obținut din sucul de mere fermentat, are proprietățile fizico-chimice favorabile unei băuturi cu indici de admisibilitate încadrați în Ordinul 182/1972 al Ministerului Sănătății.

Redistilarea reduce mult din factorii nocivi ai rachiului de mere — ex. alcoolul metilic se reduce la jumătate din doza admisă, iar cuprul de 5 ori mai puțin, deosemeni furfurorul tinde să dinpară din conținutul distilatului.

VINUL ÎN VIAȚA OMULUI

M. Cotrău, V. Cotea
— *Iași*

Omul tuturor timpurilor, indiferent de gradul de civilizație, a căutat să utilizeze diverse mijloace de provocare a unei stări euforice, care să-l detașeze de constrîngerile vieții cotidiene. Sclav al forțelor oarbe ale naturii, omul primitiv se simțea bine într-o astfel de stare ,deoarece căpăta sentimentul de forță, cu dispariția senzațiilor neplăcute, cu evadarea din suferințele vieții și cu eliberarea de teama ancestrală.

Pentru îndeplinirea acestei necesități s-a recurs, în afara procedeelor magice, la folosirea unor substanțe îmbătătoare, capabile să producă efecte stimulante, stupefiante sau onirogene, sub formă de fumigații, masticații sau băuturi. Acestea din urmă, în special cele fermentate, al cărui principiu activ este alcoolul, au deținut locul principal.

După teoriile recente, data apariției fermentației alcoolice ar fi în prima etapă de dezvoltare a materiei organice și anume în mediul acvatic. Date etnografice și istorice însă, arată că obiceiul de a produce și consuma băuturi euforizante a apărut la o anumită treaptă de dezvoltare a omenirii, care coincide în linii mari cu sfîrșitul epocii de culegător și începutul aceleia de agricultor.

Vița de vie se consideră că datează din era terțiară, încît omul, la apariția sa, nu trebuia decît să folosească darurile naturii. Dacă el a descoperit întîmplător, sau a urmărit conștient prepararea băuturilor fermentate, rămîne încă un mister.

După o presupunere, descoperirea lor s-ar fi petrecut astfel : culegătorii de fructe cunoșteau și apreciau și sucul dulce al acestora ; neconsumat la timp și datorită climei calde din zona mediteraneană, sucul dulce începea să fermenteze. Oamenii priveau cu spaimă „fierberea" lichidului, crezînd că au intrat în el duhurile vrăjmașe și se grăbeau să-l arunce. Într-o zi, cineva, din curiozitate sau zgîrcenie, a reținut lichidul în fierbere pînă cînd a observat că „fierberea" a încetat — deci duhurile rele s-au îndepărtat — și atunci a îndrăznit să bea din lichidul rezultat. Chiar dacă gustul nu a fost plăcut — dar ce putem ști noi, astăzi, despre gusturile primitivilor ? — în schimb degustătorul a fost încîntat de starea plăcută încercată, care era o senzație cu totul nouă.

O veche legendă persană prezintă descoperirea vinului în termeni mult mai poetici. Se spune că din vina lui Gulnar-cea-blondă, favorita șahului Djamșid, strugurii destinați acestuia, nefiind reîmprospătați la timp, au putrezit. De disperarea, Gulnar îi mîncă, dorind să moară otrăvită ; dar nu muri, ci doar adormi și visă vise minunate. Cînd se trezi îi povesti șahului ciudata întîmplare, încît acesta dori să bea din lichidul fermecat..." și în curînd amîndoi deveniră sclavii băuturii minunate".

Primii consumatori ai băuturilor alcoolice — deci și ai vinului — nu-l apreciau așadar pentru calitățile organoleptice, ci pentru efectul final, post-ingestiv, manifestat prin starea de ebrietate. Mărturii etnografice de la triburile indiene din America, înainte de 1700, arată că aceștia beau pentru plăcerea de a se ameți, de a-și pierde controlul. Cînd nu dispuneau de o cantitate suficientă pentru a se îmbăta, preferau să nu bea deloc. Starea de ebrietate îi scotea din propriul eu și ei apreciau beatitudinea prin cuvintele „e bine, e bine, capul mi se învîrtește". Este deci vorba despre un hedonism primar, bazat pe voluptatea amețelii.

Este de remarcat și faptul că la populațiile primitive se bea în comun. Beția solitară era considerată rușinoasă și nu se condamna consumul excesiv de băutură, ci faptul de a bea numai pentru propria plăcere. Beția solitară era admisă doar excepțional, pentru șamani, vindecători, prezicători — deci persoane care aveau nevoie de o stare de transă pentru a intra în comunicare cu forțele supranaturale. Aveau de asemenea aprobarea pentru băutul singuratic, bolnavii, bătrînii și cei loviți de o nenorocire.

Băutul în comun se datora, la triburile războinice, faptului că senzația de forță și în general virtuțile războinice apăreau intensificate după băutură. Sînt cunoncute „ospețele bărbaților sau ale războinicilor" de la triburile germanice, descrise astfel de către Tacit (sec. I. e.n.) „În timpul acestor ospețe, ei tratau împăcările, căsătoriile, alegerile de șefi, pacea și războiul ; cu acest prilej, inima este mai ușor înclinată către sinceritate și se aprinde mai repede pentru glorie ; aici se dezvăluie omul pînă în adîncul sufletului său".

Cu timpul, consumarea băuturilor euforizante a căpătat carater sacru. Starea de ebrietate este provocată — se credea — de acapararea sufletului de către forțe supranaturale. De aceea băuturile capabile să provoace asemenea stări nu puteau fi cunoscute decît cu un anumit ritual, dirijat de căpeteniile religioase. Capacitatea de a transfigura sufletul omenesc a conferit acestor băuturi o valoare de simbol.

Într-o serie de mituri, provenind din Mesopotamia, rezultă că băuturilor euforizante li se atribuia proprietatea de a conferi nemurire. Se pare că în basmele de origină orientală, sub denumirea de „apă vie" se înțelegeau băuturile fermentate, identificate cu băutura zeilor dătătoare de fericire și viață veșnică. De aici ar fi pornit și mitul ambroziei și nectarului la Greci și a medului la popoarele germanice. În același sens, vinul roșu a fost identificat cu sîngele — fluidul vital principal din corp. A apărut astfel credința în puterea „sîngelui viței", adică a sucului strugurilor zdrobiți și storși, care reprezintă sîngele zeilor și al strămoșilor.

În spațiul carpato-balcanic, atît tracii cît și sciții și dacii au cunoscut cultura viței de vie cu mult înaintea erei noastre. Grecii antici caracterizau pe traci „o superbă națiune ariană, la care femeile beau mai mult decît bărbații", iar despre sciți afirmau că sînt „un popor viteaz, dar mari băutori". La Sparta circula chiar aprecierea „a bea ca un scit", adică a goli dintrodată o cupă plină cu vin curat. Dacii aveau întinse culturi de vie. Se ştie că în timpul regelui Burebista, la insistenţa marelui preot Deceneu, s-a trecut la distrugerea viilor. Explicaţia măsurii nu este univocă: unii o justifică prin intenţia de a pune capăt excesului care ameninţa sănătatea poporului, alţii consideră că viile bogate atrăgeau popoarele migratoare în spaţiul carpatic.

Odată cu evoluţia gîndirii şi apariţia filozofiei din Asia Mică şi Grecia, vinul a fost treptat desacralizat. Îmbătarea nu mai era considerată un atribut divin, ci doar o lipsă de măsură şi nici nu mai era acceptată natura magică sau sacră a vinului.

Hipocrate, părintele medicinii, arătînd efectele negative ale abuzului de băutură, recomanda totodată consumul raţional de vin, care conţinea, în accepţiunea sa, un „menos" adică energia, forţa morală capabilă să dea bună dispoziţie, să amelioreze umorile corporale şi astfel să îndepărteze boala. Pornind de la constatarea puterii euforice a vinului şi a inspiraţiei poetice provocate, Grecii antici au iniţiat şi cultivat formele de adunări — simposion — în care se discuta filozofie ,literatură şi arte plastice, degustînd şi savurînd totodată vinurile superioare ale vremii.

Căci, spre deosebire de celelalte băuturi fermentate — berea, hidromelul, cidrul — vinul s-a impus prin ansamblul calităţilor sale, impresionînd prin limpezimea, culoarea, aroma şi buchetul său. Încă Homer vorbeşte admirativ despre vinul spumos din Colchida, care „hrăneşte sîngele". Socrate descrie astfel rolul vinului în întreţinerea atmosferei din banchete „vinul inspiră arta şi ne adoarme grijile, trezind în noi sentimente bune... vinul îmbărbătează sufletul, îndulceşte amărăciunea, aşa cum mandragora îmblînzeşte pe oameni, şi întreţine bucuria aşa cum uleiul întreţine flacăra". De asemenea Platon laudă vinul care conţine un foc ce încălzeşte sufletul şi corpul în acelaşi timp.

S-a vorbit chiar despre o civilizaţie a vinului, plasată iniţial în jurul Mediteranei, de unde a fost extinsă pînă la limitele climatice favorabile culturii viţei de vie.

Băutul în comun s-a perpetuat, ajungînd pînă în epoca modernă un simbol al prieteniei şi ospitalităţii. Întotdeauna şi pretutindeni, urările de sănătate, prosperitate şi succese, se fac numai cu paharul plin. Totodată, pe măsură ce civilizaţia a avansat, omul şi-a rafinat gustul, ajungîndu-se ca o bună parte dintre consumatorii de vin să-i aprecieze calităţile gustative şi starea de uşoară euforie, fără a ajunge la detestabila ebrietate. Un asemenea exemplu de rafinament îl oferă următoarea întîmplare, petrecută în casa ilustrului diplomat francez Talleyrand. Într-o zi, avînd oaspeţi şi oferind un Château -Neuf-du-Pape dintr-o recoltă renumită, unul dintre invitaţi goli paharul pe nerăsuflate. Indignat, Talleyrand se întoarse către vecina sa şi-i spuse: „Cînd un vin este de o asemenea calitate, doamnă, trebuie întîi să-l urmăreşti îndelung cu privirea. Apoi apropii paharul, îl inspiri şi, cu un lung suspin, îţi imaginezi tot ceea ce îţi evocă: duioşie, căldură, alinare... apoi începi să vorbeşti despre toate acestea. Abia, mai tîrziu, îndrăzneşti să-l duci la buze — ca şi cînd ar fi mîna unei femei frumoase... şi gestul acesta îţi permite să mergi puţin mai departe... Nu credeţi că nu te bucuri cu adevărat de ceva, decît atunci cînd ai ştiut să te înfrînezi ?". Şi nu mai invită niciodată pe oaspetele care nu ştiuse să savureze vinul.

Medicul şi savantul francez Alexis Carrel a scris o carte al cărui titlu a rămas celebru „Omul, acest necunoscut", demonstrînd complexitatea şi adîncurile încă neexplorate ale fiinţei umane. Reluînd, pe un alt plan, aceeaşi idee, Masquellier, specialistul din Bordeaux în farmacologie enologică, subliniază prin formula „Vinul, acest necunoscut", multitudinea de faţete ale vinului, multe cunoscute, altele numai bănuite sau chiar necunoscute. Iar regretul nutriţionist Trémolières afirma că „Nu există prieteni sau duşmani ai vinului, există doar folosirea lui raţională sau abuzivă, însă nu este corect de a menţiona numai plăcerile vinului, fără a aminti şi decăderea umană şi socială generată de alcoolism".

A short history regarding the appearance of fermented drinks and a few legendes connected with it; the place of wine in man's life along the millenaries; in the end, an advice for the rational use of this alcoholic drink.

VINUL ŞI ORGANISMUL UMAN

I. Puşcă
— Panciu

Datorită preţioaselor sale calităţi de aliment şi medicament vinul a fost considerat, de-a lungul vremurilor, ca fiind băutura cea mai igienică. Prin substanţele organice şi minerale ce le conţine, el se manifestă atît ca aliment plastic, cît şi tonic, fiind totodată şi un stimulent remarcabil al sensibilităţii generale; de asemenea, vinul manifestă atît unele proprietăţi antiseptice şi eupeptice, cît şi o acţiune favorabilă asupra căilor respiratorii şi stării psihice generale.

De aceea trebuie să se facă o distincţie netă între produsul vin, care după aprecierea celebrului savant Pasteur este „cea mai igienică şi cea mai sănătoasă băutură" şi băuturile alcoolice propriu-zise[*]. Datorită acestei confuzii, marea majoritate a medicilor, în lupta împotriva alcoolismului, nu ia în *considerare efectele* benefice pe care vinul le poate produce asupra organismului uman. Nu trebuie uitat de asemenea că vinul şi băuturile fermentate au existat din totdeauna, constituind suplimentul alimentar de la originile civi-

---

(*) Este de remarcat că Pasteur afirma aceasta în sec. XIX, cînd apa potabilă era infectată cu numeroase specii microbiene, iar vinul, datorită conţinutului său în alcool, nu conţinea germeni şi deci era „băutura cea mai igienică" (nota redacţiei).

lizației și că folosirea judicioasă a dus la înflorirea culturii în unele părți ale lumii. Foarte adesea omul a făcut din vin simbolul supraviețuirii.

În funcție de cantitatea ingerată, de modul de consum, de starea sănătății, etc. vinul poate fi în același timp aliment, medicament sau toxic.

Vinul ca medicament. Încă din timpuri străvechi vinul a fost apreciat ca medicament. Pythias, celebru filozof al Greciei antice, răspundea cu încredere atenienilor care veneau să-l consulte în cazuri de epidemie: „Adresați-vă lui Dionysos, medicul". Hipocrate, părintele medicinii, considera vinul ca cel mai minunat remediu, deopotrivă de util atît pentru bolnavi, cît și pentru sănătoși. Apreciind acțiunea diferitelor vinuri cunoscute pe vremea sa, Hipocrate prescria fiecărui pacient vinul cel mai potrivit, ca și doza corespunzătoare. Peste secole, De la Mare întărește această concepție „Vinul este, fără îndoială. cel mai excelent și mai apreciat dintre toate alimentele lichide; nu este nici unul care să-i dispute această întîietate". Asclepiade, întemeietorul renumitei școli de medicină de la Roma, declara fără înconjur că vinul, prin foloasele pe care le aduce oamenilor, depășește chiar puterea zecilor. Simplicius spune că pe vremea lui Marc Aureliu, -n războiul contra parților, izbucnind ciuma, acesta a vindecat pe soldații romani, tratîndu-i cu vin și untdelemn. Și alți medici ai antichității și evului mediu, ca Dioscoride, Celsius, Galenus, Avicenna și mulți alții, administrau vinul ca diuretic și ca tonic în maladii febrile, ca și convalescenților și celor surmenați. În cartea a XXIII a Istoriei lumii, Pliniu cel Bătrîn, vorbind despre calitățile vinului, spunea că este „întăritor și producător de sînge. El întreține sănătatea, ajută digestia, odihnește stomacul, mărește pofta de mîncare, alungă răceala, ajută diureza și produce somn liniștit. Băut cu moderație, vinul întărește vederea și nervii, dar în cantitate prea mare, acestea sălbesc". Chiar vechii medici chinezi utilizau vinul ca dezinfectant general în operații abdominale. În evul mediu, în Franța exista convingerea că „un pahar de Bourgogne imunizează organismul împotriva ciumei" iar filozoful și scriitorul Montaigne (1533—1592) notează că, după sfaturile medicului său, nu a consumat decît apă amestecată cu vin, cu cîteva ore înainte de masă.

Această succintă prezentare certifică calitatea vinului ca medicament, calitate controversată de unii medici, în special din cauza alcoolului etilic pe care-l conține. Dar trebuie să se admită totuși că medicamentul metilcarbinol — nou produs farmaceutic de sinteză — cu următoarele acțiuni farmacologice: sedativ, anestezic, vasodilatator, diuretic (inhibă vasopresina), cu proprietate de dizolvare a anumitor calculi, cu putere calorică ridicată, cu proprietatea de a spori absorbția gastrointestinală a lipidelor — nu este altceva decît alcool etilic, sub o altă denumire chimică.

Pentru ca alcoolul etilic să poată aduce aportul pozitiv organismului, este necesar ca el să fie consumat în doze ce nu depășesc capacitatea organismului de a-l metaboliza. Această capacitate, cunoscută sub denumirea de coeficient de etiloxidare, variază, la un organism normal, între 100 și 200 mg/kg/oră; deci, o persoană de 70 kg poate consuma, conform acestui coeficient, între 168 și 336 g alcool/24 ore.

Vinul conține, în afară de alcool, și alți constituenți, care-i conferă multiple proprietăți terapeutice.

În timpul epidemiei de holeră care a bîntuit la Paris în 1886, Rabuteau a constatat că persoanele care consumau regulat vin la prînz au fost mai ferite de boală decît cei care s-au abținut. Deasemenea, Pick a observat, la Viena în 1892, că apa infectată cu vibrionii holerii nu mai prezenta nici un pericol după amestecare cu o treime de vin, timp de 5 minute. Sabrazès și Mercandier, însămînțînd diverse tipuri de vinuri de Bordeaux — albe și roșii — cu bacili Eberth, au constatat că aceștia sînt distruși după 20 minute — 2 ore (în funcție de numărul de germeni însămînțați). În cazul diluării vinului cu apă, timpul necesar distrugerii bacililor era mai lung. Gherasimov arată că într-un vin alb sau roșu, bacilii tifici sînt distruși în 15 min.;

Ultimele studii ale lui Masquelier și Lancepleine și Jensen au dus la concluzia că acțiunea antimicrobică a vinului se datorește în primul rînd substanțelor colorante — îndeosebi antocianilor — precum și antibioticului botryticină din unele vinuri, provenite din strugurii atacați de mucegaiul Botrytis cynereea, așa cum susține și Genevois. Puterea bactericidă a vinului — în special a celui roșu — scade odată cu învechirea lui, datorită precipitării antocianilor. În unele cazuri de enterită stafilococică, determinată de consumul unor alimente ușor infectate sau cu toxine puține, consumul de vin s-a dovedit a proteja cu succes organismul uman, împotriva acestor infecții. Deși acțiunea vinului asupra virusurilor este mai puțin studiată, totuși pînă în prezent se poate admite că activitatea antivirală crește în funcție de gradul de condensare a polifenolilor, pînă la tanin.

Herman și Weissenbach subliniază că ansamblul digestiv este influențat favorabil de către vin. Vinul activează secrețiile gastrice, hepatice și pancreatice, ajutînd la saponificarea substanțelor grase. Vinul are de asemenea acțiune diuretică, cu atît mai mare cu cît conținutul său în săruri de potasiu este mai ridicat. Întregul proces al nutriției este influențat favorabil de consumul moderat de vin și nefavorabil de consumul abuziv. Vinurile intense colorate sînt mai grele. dar și mai eupeptice și nu contravin stomacurilor sensibile. Vinurile delicate, fine, sînt excelente pentru bătrîni, pentru cei slăbiți și pentru unii covalescenți. Vinurile dulci — numai cele vechi și de înaltă calitate— au o capacitate tonică remarcabilă.

Bouchardat consideră că vinul are un mare rol „în formele de dispepsie în care secreția fermenților digestivi este insuficientă sau deficitară". În afara acestor însușiri de a favoriza procesele digestive, vinul, în special cel vechi, este prescris în scop alimentar în convalescența unor boli grave. Prin aciditatea sa, atît de apropiată de aceea a sucului grastric, vinul reglează pH-ul acestuia; dintre toate băuturile, vinul singur are această calitate. Vinurile albe au ușoare însușiri laxative, pe cînd cele roșii, datorită taninului și substanțelor colorate, au o acțiune constipantă. Vinul activează circulația periferică, sau așa cum spune în popor „încălzește sîngele" și crește tensiunea arterială.

Petou subliniază acţiunea stimulantă a vinului alb şi pe cea digestivă a vinului spumos. El apreciază că numai abuzul este vătămător şi sfătuieşte pe anemici, tuberculoşi, malarici, convalescenţi, neurastenici să-l întrebuinţeze fără teamă. Vinul sec cu un conţinut ridicat în acizi organici şi săruri minerale, consumat în timpul meselor de către diabetici, contribuie la reglarea glicemiei. În bolile cardiovasculare, vinul, prin alcoolul său, exercită acţiune vasodilatatoare şi cardiotonică. Pentru cardiaci, vinurile de regim — nu prea alcoolice sau prea taninoase — trebuie să constituie o parte integrantă a regimului dietetic.

Vinul are acţiune preventivă împotriva unor boli. Bouchardat a observat că doi marinari, unul englez, celălalt francez, care au fost nevoiţi să staţioneze mai mult timp în mările sudului, au reacţionat diferit faţă de îmbolnăvirea de scorbut. Francezul, care primea zilnic un pahar de Bordeaux nu s-a îmbolnăvit, pe cînd englezul, care bea whisky cu apă s-a îmbolnăvit de scorbut. Autorul subliniază că substanţele anorganice din vin şi în mod special vitaminele au fost factorii care au completat alimentaţia marinarului francez.

S-a constatat deasemenea şi acţiunea vinului uşor calmantă, prin stimularea apetitului şi prin provocarea unui somn liniştit, încît el a dat rezultate bune în formele uşoare de astenie. În stările de anemie pernicioasă sînt recomandate vinuri cu aciditate normală. Datorită acţiunii vasodilatatoare, vinul a fost recomandat şi în stările gripale.

În Franţa, ţara cu cel mai mare consum anual de vin pe cap de locuitor şi care la un moment dat era acuzată că din această cauză are o vitalitate scăzută, lucrările demografului Bourgeois-Pichat au demonstrat că mortalitatea infantilă prenatală este mai puţin gravă decît în Suedia, Germania, Anglia şi Statele Unite.

În lupta contra alcoolismului, unul din cei mai mari militanţi contra acestui flagel, dr. Lancereaux, arăta că cel mai eficace mijloc de combatere a alcoolismului este propaganda de a se consuma „un vin bun".

Vinul ca aliment. Vinul este considerat aliment dacă aportul energetic nu depăşeşte 10—15% din necesarul total de calorii al organismului, iar cantitatea respectivă este luată fracţionat. Pouchet consideră vinul „al doilea aliment, alături de pîine". Brouardel aprecia vinul alături de alte alimente, ca foarte necesar, afirmînd „utilitatea substanţelor albuminoide, acizilor, sărurilor organice şi a vinului, este incontestabilă" Vincent arăta că „utilitatea vinului în alimentaţia de toate zilele este incontestabilă. El are calităţi stimulante de prim ordin, pe care nici un alt aliment nu le posedă în aceiaşi măsură. Vinul exercită asupra întregului organism, ca şi asupra funcţiei digestive, o acţiune tonică reală". Pe bună dreptate Brunet, reluînd o formulă străveche, îl numeşte „laptele bătrînilor". Serianni a constatat că, în cazul cînd vinul este consumat în timpul meselor, alcoolul se asimilează mult mai repede şi mai complet. Aciditatea şi substanţele tanante din vin, deci îndeosebi vinul roşu, favorizează digestia proteinelor. Vinul „influenţează favorabil sistemul vagosimpatic şi sporeşte secreţiile digestive". Cayot apreciază vinul ca „băutura cea mai hrănitoare, cea mai preţioasă şi cea mai energetică".

Vinul conţine sub formă asimilabilă : zaharuri, glicerină, acizi organici, tanin, esteri, aldehide, proteine, amionacizi, vitamine, săruri minerale (potasiu, fier, calciu, sodiu etc.). Un litru de vin de 9—10° aduce în bilanţul energetic cca 600—700 calorii, reprezentînd aprox. 20—25% din necesarul zilnic al organismului uman. Un litru de vin echivalează caloric cu 1 litru lapte, sau 300 g pîine, 600 g carne, 5 ouă, 1 kg cartofi. Majoritatea energiei calorigene o produce alcoolul (1 g alcool etilic produce 7,0 calorii). Deşi alcoolul din vin nu este un aliment termogen, cum sînt grăsimile, carnea, pîinea, etc., are totuşi acţiune pozitivă în metabolizairea proteinelor, glucidelor, lipidelor. De aici necesitatea alimentaţiei bogate în proteine şi grăsimi atunci cînd se consumă vin. Celelalte componente ale vinului contribuie cu mai puţine calorii şi anume : 1 g glicerină = 4,3 cal. ; 1 g zahăr = 3,9 cal. ; 1 g acid tartric = 1,7 cal. ; 1 g acid lactic = 3,6 cal. etc.

Vitaminele, atît de necesare organismului, se găsesc în cele mai mari cantităţi în struguri, apoi în must şi mai puţin în vin, deoarece o parte din vitamine sînt consumate de drojdii în procesele din timpul fermentaţiei. Au fost identificate în vin : vitaminele C, P, B_1, B_2, B_{12}, PP. Vinul conţine şi acid pantotenic, cu rol activ în creştere, alături de celelalte vitamine ; mezoinozitol, cu efect hipotensiv şi lipotrop ; urme de caroten (provitamina A) ; mici cantităţi de ergosterol ; iar în seminţe de struguri, vitamina E. De asemenea vinul conţine şi unele enzime, care contribuie direct la buna desfăşurare a metabolismelor.

După Petou dacă „se adaugă în doză mică raţiei zilnice, alcool, acizi de origină vegetală, glicerină, sulfaţi şi fosfaţi de potasiu, calciu, tanin şi cloruri, vinul este un fel de „limfă vegetală" un ser al cărui acţiune tonică este remarcabilă. Dacă nu ar fi existat ca băutură curentă, ar fi trebuit inventat ca agent terapeutic".

Weissenbach consideră că raţia moderată a unui vin de 11—12° este de 1 litru pentru un muncitor obişnuit şi 0,5 litri pentru un intelectual, însă raţia trebuie fracţionată şi luată exclusiv în timpul mesei.

Apa componentă a vinului nu este, din punct de vedere fiziologic, o apă obişnuită, ci o „apă activă", trecută de două ori în fluxul vieţii vegetale : prima dată, în timpul verii cînd este trecută prin plantă şi acumulată în bobul strugurelui, a doua oară în timpul fermentaţiei alcoolice, cînd are loc trecerea de la must la vin.

Lusting afirma că : „de treizeci de ani am făcut observaţii asupra mea însumi şi am constatat că durata muncii intelectuale şi fizice este completată numai de cîte un păhărel de vin bun la fiecare masă ; sănătatea nu poate fi completă la cei ce nu beau vin niciodată". Poudanson recomandă ca raţie zilnică pentru femei 0,5—0,6 l vin de 10°, de preferinţă roşu.

În afara valorii sale bioalimentare şi a acţiunii fiziologice asupra organismului uman, vinul impresionează plăcut — chiar de la început — datorită aspectului său strălucitor, culorii sale vii, perlării fine în cazul vinurilor spumante, precum şi prin aroma suavă şi buchetul său delicat. Această multitudine de impresii produce încă înainte de ingerare, o incitaţie psihică a secreției gastrointestinale. Astfel, vinul stimulează direct mucoasa gastrointestinală și provoacă apetit ; deci vinul trebuie considerat un stimulent de prim ordin al apetitului și cel mai frumos exemplu de reflex condiționat.

Vinul ca toxic. În cazul cînd cantitatea de alcool introdusă în organism depășește capacitatea coeficientului de etiloxidare, alcoolul impregnează organismul, fapt ce trebuie evitat. Aceasta, deoarece ficatul este organul electiv în metabolizarea alcoolului, transformîndu-l în acetil. Ulterior, acesta va intra în ciclul Krebs oxidîndu-se în final la CO_2 și apă, cu acumulare de energie sub formă de ATP. Trebuie deci să existe o deplină concordanță între aceste două faze metabolice, ele avînd ca factor comun pe NAD. Prin urmare, excesul de acetil format în prima fază nu poate fi ars, iar ficatul îl va transforma în acizi grași, colesterol și lipide. Apariția steatozei indică prima etapă în evoluția către ciroză, cu apariția „hidropiziei", ceea ce adeverește zicala populară „cine a băut mult vin, moare în apă". Consumul de vin este de asemenea contraindicat în boala ulceroasă, în gastrita hiperacidă și în ciroza hepatică, în unele boli ale sistemului nervos — astenii grave — în litiază și hipertensiune.

În concluzie, se poate afirma că vinul se situează la o răscruce biologică, definită de grecii antici prin cei trei termeni : medicament, aliment, toxic.

The wine in a drug. food or toxic. The wine as a drug was appreciated as far back as in antiquity. Due to its energezing role, the wine may be considered as a food. In contrast with most of the alcoholic drinks, the wine contains, under assimilable form, some nutritive principles : sugars, proteic substances, aminoacidn, mineral salts, vitamins. If it is ingested in quantities that exceed the body capacity of metabolizing it, the wine becomes a toxicant.

PROPUNERI PRIVIND ADOPTAREA DEFINIȚIILOR BĂUTURILOR ALCOOLICE ÎN LEGISLAȚIA PREPARĂRII ȘI COMERCIALIZĂRII LOR

Al. I. Ionescu, A. Cotrău
București — Iași

Adoptarea de definiții, împreună cu stabilirea practicilor și tratamentelor licite și ilicite, reprezintă cele mai valoroase contribuții ale legilor referitoare la producerea și comercializarea băuturilor alcoolice. Datorită corectei formulări a definițiilor sînt interzise o serie de procedee, care determină atît degradarea caracterului lor natural, cît și sporirea toxicității lor.

Definițiile produselor pe bază de vin propuse, au fost preluate așa cum au fost formulate de Oficiul Internațional al Viei și Vinului (O. I. V.) și se găsesc în general incluse în legislația noastră viti-vinicolă : Legea Viei și Vinului (nr. 21/1971) și Normele Tehnice de aplicare a acesteia (aprobate prin Ord. MAIA. nr. 41/1972, publicat în Buletinul Oficial nr. 2 1973, complectîndu-le cu acelea care au fost omise).

Pentru definițiile băuturilor alcoolice distilate, cunoscute și sub denumirea de băuturi spirtoase, ne-am folosit atît de prevederile legale din vechea noastră legislație (ex. definițiile țuicii, rachiurilor de fructe și a celor de drojdie și tescovină, figurează în art. 64 al Regulamentului de aplicare a Legii pentru combaterea fraudelor în vinicultură și comerțul de vin din 1915), cît și de formulările din legislația recentă a unor țări (ex. R.F.G., Austria, Elveția etc.).

La redactarea definițiilor am folosit unii termeni care trebuie dinainte precizați, ca : alcool rafinat alimentar, prin care se înțelege alcool etilic de 96 vol. % provenit exclusiv din distilarea materiilor prime agricole fermentate ; tăria alcoolică de comercializare ce reprezintă concentrația alcoolică a băuturilor în momentul livrării lor la connumator ; extractul total.

Ar fi fost necesar, desigur. ca definițiile rachiurilor naturale obținute din distilarea fructelor fermentate să cuprindă și limitele minime și maxime ale unor componenți care, deși sînt mai toxici decît alcoolul etilic, totuși atestă naturalețea și calitatea lor (ex. alcoolul metilic, esterii, furfurolul, etc.), dar acest deziderat nu s-a putut realiza din lipsă de spațiu.

Adoptarea în legislații a unor cît mai corecte și cuprinzătoare definiții, are menirea de a îmbunătăți calitatea băuturilor alcoolice și de a diminua toxicitatea lor. Astfel, ca să luăm numai două exemple, definiția corectă a *vinului* împiedică din punct de vedere legal „fabricarea" sa din rezidurile de la vinificație (drojdie și tescovină) prin adaos de apă și zaharuri fermentescibile, etc. ; iar definiția legală a *țuicii* interzice fabricarea ei din alte fructe decît prunele fermentate, oprește adaosul de zaharuri și alte materii fermentescibile peste fructele în curs de fermentație, precum și „cupajul" dintre țuică și diferite alte băuturi alcoolice naturale, băuturi alcoolice spirtoase (inclusiv alcool rafinat diluat) sau un amestec al acestora.

În cele ce urmează vom trece în revistă definițiile celor mai răspîndite băuturi alcoolice.

Vinul este băutura obținută exclusiv prin fermentația alcoolică completă sau parțială a strugurilor proaspeți, zdrobiți sau supuși unor prelucreri autorizate, ori a mustului de struguri proaspăt.

Vinul spumant (care cuprinde și Champagne, Asti-spumați, etc.) se obține din vin apt pentru consum uman direct, supus la a II-a fermentație alcoolică, prin care conținutul său în anhidridă carbonică, de origine exclusiv endogenă crește, făcînd ca presiunea în butelia închisă și păstrată la t° de 20°C să fie de cel puțin 3 atm.,

Vinul gazeificat (în legislația română spumos), se obține din vin apt pentru consum uman direct al cărui conținut în anhidridă carbonică provine total sau parțial din adăugarea acestuia, presiunea în butelie ținută la temp. de 20°C fiind de cel puțin 2,5 atm.

Vinul petiant este produsul spumat care dezvoltă în butelie o presiune de 1,0—2,5 atm. la temp. de 20°C, generată de conținutul în anhidridă carbonică de origine exclusiv endogenă.

Vinul aromatizat (în care este inclus și vermutul) se obține din minimum 70% vin apt pentru consum uman direct, must proaspăt sau concentrat și zaharoză, cu adaos de aromatizanți — obținuți din plante admise de legislația sanitară-distilate de vin sau alte alcooluri alimentare, precum și alte vinuri speciale.

Băuturi alcoolice casnice se obțin din subprodusele și rezidurile de la vinificare sau din alte fructe proaspete, uscate sau industrializate, sau din alte materii prime similare ce sînt supuse fermentației alcoolice cu sau fără adaos de zahăr, glucoză sau alte substanțe fermentescibile, unele dintre ele consumate ca băuturi alcoolice fermentate, altele supuse distilării și consumate sub această formă. *Aceste băuturi alcoolice nu pot fi comercializate sub nici o formă.*

Pichetul se obține fie prin fermentarea tescovinei de struguri proaspeți macerată în apă, fie prin epuizarea cu apă a tescovinei fermentate de struguri (fără nici un adaos de zaharuri fermentescibile).

Diluția alcoolică de origine vinicolă este produsul lichid sau nelichid, rezultat de la vinificare sau prelucrarea subproduselor acesteia, al cărui conținut în alcool provine numai din vinificație.

Distilatul crud de vin se obține prin distilarea exclusivă a vinurilor nealterate și trebuie să conțină, la ieșirea din aparatele de distilare, o concentrație alcoolică de maximum 86 vol.%, iar concentrația principalilor constituenți de origine organică și anorganică trebuie să se încadreze în limitele stabilite de legislația sanitară.

Distilatul învechit de vin (în care este cuprins Cognac-ul, Armagnac-ul, Vinars-ul, Viniac-ul, etc.) se obține prin învechirea naturală a distilatului crud de vin în butoaie de stejar, a cărui tărie alcoolică de comercializare este de 48—45 vol.% și căruia i s-au aplicat tratamentele autorizate.

Sucul de struguri se obține direct din mustul de struguri proaspeți, fără nici un adaos, cu maximum 1% alcool în volume, căruia i s-au aplicat tratamentele de stabilizare admise de legislația sanitară. El poate fi obținut și din sucul sau mustul concentrat de struguri cu adaos de apă pînă la concentrația de zahăr normală a sucului de struguri (în acest caz trebuie menționat pe etichetă „obținut din must concentrat de struguri").

Băutura răcoritoare din sucul de struguri provine din sucul natural de struguri sau din sucul de struguri concentrat cu adaos de apă în proporție de cel mult 35% și anhidridă carbonică exogenă, realizîndu-se o presiune de minimum 0,5 atm.

Rachiul de tescovină este obținut prin distilarea exclusivă a tescovinei fermentate de struguri, fără nici un adaos de zaharuri fermentescibile, care la ieșirea din aparatele de distilare nu poate avea o tărie alcoolică mai mare de 80 vol.%, iar conțintul principalilor constituenți de origine organică și anorganică trebuie să se încadreze în limitele stabilite de legislația sanitară. Tăria alcolică de comercializare nu poate depăși 30 vol.%.

Rachiul de drojdie este obținut prin distilarea exclusivă a drojdiei de vin sau a lichidului rezultat de la presarea acesteia, a cărei concentrație alcoolică la ieșirea din aparatele de distilare nu poate depăși 80 vol.%, iar concentrația principalilor constituenți de origine organică și anorganică trebuie să se încadreze în limitele stabilite de legislația sanitară. Tăria alcoolică de comercializare nu poate depăși 30 vol.%; cantități limitate de pînă la 10%, de bună calitate, pot fi comercializate și la tăria de 40 vol.% sub denumirea de „spumă de drojdie".

Rachiurile de semințoase se obțin prin distilarea exclusivă a fructelor (mere, pere, gutui, etc) sau musturilor fermentate ale acestora fără nici un adaos de zaharuri fermentescibile, care la ieșirea din aparatele de distilare nu poate avea o tărie alcolică mai mare de 80 vol.%, iar principalii constituenți de origine organică și anorganică trebuie să fie cuprinși în limitele stabilite de legislația sanitară. Tăria alcoolică de comercializare nu poate depăși 30 vol. %.

Rachiurilor de sîmburoase se obțin prin distilarea exclusivă a fructelor (prune. piersici, caise, vișine, cireșe, etc.), fără nici un adaos de zaharuri fermentescibile, care la ieșirea din aparatul de distilare nu pot avea o tărie mai mare de 80 vol. %, iar principalii constituenți de origine organică și anorganică trebuie să fie cuprinși în limitele stabilite de legislația sanitară. Tăria alcoolică de comercializare nu poate depăși 30 vol. %, cu excepția șliboviței a cărei concentrație alcoolică nu poate depăși 40 vol. % și a unor cantități reduse de rachiu de alte fructe sîmburoase (care nu poate depăși 25%), a căror concentrație alcoolică poate fi de 36 vol. %.

Romul original este produsul fabricat prin fermentarea și distilarea trestiei de zahăr, a melasei de la trestia de zahăr sau din alte subproduse, rezultate de la fabricarea zaharului din trestie.

Romul obișnuit se prepară din alcool rafinat alimentar, apă potabilă, esență de rom autorizată de legislația sanitară și se colorează cu caramel de zahăr. Tăria alcoolică a romului este cuprinsă între 32—38 vol. %.

Arakul original se obține din fermentarea și distilarea orezului, a melasei rezultate din trestia de zahăr sau a oricărui suc de plante tropicale, care conțin zaharuri fermentescibile.

Rachiurile de cereale sînt obținute exclusiv prin zaharificarea, fermentarea, și distilarea anumitor cereale (secară, grîu, etc.) ale căror însușiri caracteristice sînt cele corespunzătoare cerealelor folosite ca materie primă. Gustul și aroma nu pot fi modificate prin adaosul de ingrediente în deosebi de uleiuri eterice, iar tăria alcoolică de comercializare poate varia între 30—36 vol. %.

Whisky-ul este băutura alcoolică distilată specială, obținută numai din cereale (orz, secară, grîu), preparată și învechită după un procedeu tehnologic propriu și a cărui tărie alcoolică de comercializare este cuprinsă între 38—45 vol. %.

Rachiurile de fructe (bace) de pădure se obțin exclusiv din fermentarea și distilare unor asemenea fructe (afine, coacăze, agrișe, zmeură, căpșuni, fragi, etc.), fără nici un adaos de zaharuri fermentescibile. Dacă pentru o mai bună conservare a proprietăților fructelor se adaugă alcool, rachiurile respective pot fi comercializate sub denumirea de „esență de......". Tăria alcoolică a acestora nu poate depăși 36 vol. %.

Ginul se obține din distilat de ienupăr în care s-au adăugat unele ingrediente aprobate de legislația sanitară. Tăria alcoolică de comercializare este cuprinsă între 42—40 vol. %, iar colorarea sa este interzisă.

Rachiul de ienuper se prepară numai din distilarea plămezii fermentate din fructe de ienuper în care este permis adaosul de mici cantități de alcool rafinat alimentar de 76 vol. % (fabricat numai din cereale), de apă potabilă și de boabe de ienuper în cantități moderate. Adăugarea în materia primă sau în produsul finit de uleiuri eterice, alți ingredienți, zaharuri, agenți de neutralizare și alte substanțe este interzisă. Tăria alcoolică de comercializare a produsului este cuprinsă între 32—40 vol. %.

Rachiul de gențiană se prepară prin distilarea plămezilor din rădăcini de gențiană fermentate, cu sau fără adaosuri de alcool etilic rafinat alimentar. Tăria alcoolică de comercializare este cuprinsă între 32—40 vol. % și adaosul de alte ingrediente. de zaharuri ca și colorarea sînt interzise.

Rachiul de chimen, denumit și acuavit se prepară prin distilarea semințelor de chimen, cu care se aromatizează o diluție alcoolică 32—36 vol. %, provenită din amestecul de alcool rafinat alimentar și apă potabilă.

Vodca și rachiul alb se obțin prin diluarea cu apă potabilă a alcoolului rafinat alimentar, a căror colorare și aromatizare sînt interzise. Tăria alcoolică de comercializare a vodcii este cuprinsă între 36—40 vol. %, iar cea a rachiului alb între 28—32 vol. %.

Bitterul se obține din amestec de alcool rafinat, apă potabilă, vin (eventual). alte ingrediente și extracte de plante și fructe și uleiuri eterice, aprobate de legislația sanitară cu adaosuri de zaharoză sau glucoză. Tăria alcoolică de comercializare este de 18—25 vol. %.

Lichiorurile se obțin din amestecuri de alcool rafinat cu apă potabilă, zaharoză sau glucoză și adaosuri de sucuri sau distilate de fructe cu sau fără adausuri de uleiuri eterice. Conținutul în extract total al lichiorurilor nu poate fi mai mic de 100 g/l., iar tăria alcoolică de comercializare de la 20—40 vol. %., fiind cu atît mai ridicată cu cît extractul total este mai mare.

Întrucît nu putem da definițiile întregii game de lichioruri, vom menționa numai unele caracteristici mai importante ale unora dintre ele. *Triplul sec* se obține din sucul de fructe citrice sau din aromele naturale ale acestora; el are un extract total de minimum 220 gr./lt și o tărie alcoolică de 25—40 vol. %. *Lichiorurile de gheață* ce sînt destinate consumului sub forma unor cuburi de gheață (ex. cel de lămîie) cu extractul total de minimum 300 gr/lt., iar conținutul în alcool de minimum 32 vol. %. *Lichiorurile cristaline*, ca de exemplu cel de chimen cristalin, sînt cele în care se separă cristale de zahăr. *Lichiorul de ouă* se prepară din amestec de alcool rafinat, apă potabilă, gălbenușuri de ouă proaspete și zahăr. Folosirea de ouă din antrepozite frigorifice, sau de ouă conservate cu var, ulei, sau prin alte mijloace este interzisă. Utilizarea de substanțe de îngroșare, de coloranți, de înlocuitori ai gălbenușului sau ai zahărului, a laptelui și a conservanților este interzisă. *Lichiorul de miere* se prepară din amestec de alcool rafinat alimentar, apă potabilă și miere de albine în cantitate de cel puțin 50 kg. miere la 100 lt. produs finit; tăria alcoolică de comercializare a sa este de 32—36 vol. %. *Lichiorul de vanilie* se prepară din amestec de alcool rafinat alimentar, apă potabilă și extract de teci de vanilie (folosirea vanilinei este interzis), tăria alcoolică de comercializare fiind de 30—45 vol. %. *Cordial Medoc* este un lichior fin preparat din alcool de vin sau distilat de vin diluat cu apă și anumite extracte de fructe sau plante autorizate de legislația sanitară; tăria alcoolică a acestuia este de 35—40 vol. %.

Punciurile sau extractele de punci sînt băuturi alcoolice destinate consumului ca atare sau cu adaos de apă sau ceai. La prepararea lor trebuie să se țină seamă de următoarele prescripții" — punciurile de vin trebuie să conțină minimum 20% vin; în cazul cînd se comercializează sub o anumită denumire de podgorie (ex. punci de vin de Odobești), vinul apt pentru consum trebuie să provină din această podgorie; — punciul sau extractul de punci cu rom sau arak original trebuie să conțină minimum 5% (raportat la volum) din aceste băuturi; — aromatizarea punciurilor cu arome artificiale sau uleiuri eterice este interzisă; — adaosul în punci de glucoză și folosirea de coloranți este interzisă (cu excepția caramelului); — tăria alcoolică de comercializare este cuprinsă între 25—32 vol. %.

Vișinata, Cocteilurile și Crușonurile se prepară de obicei în casă și ele provin din amestecuri de alcool rafinat alimentar apă potabilă, zaharoză, fructe și amestecuri de rachiuri, lichioruri, sucuri de fructe și de plante (în cazul cocteilurilor). Acestea nu se recomandă a avea o concentrație alcoolică mai mare de 30 vol. %.

Am considerat necesar să redăm atît definițiile unor băuturi alcoolice adaptate deja în legislația noastră cît și a celor care nu sînt legiferate sau care în prezent nu se produc la noi, dar care este posibil să se fabrice în viitor, creindu-le o bază legală care să nu permită interpretări eronate sau confuzii. Am inclus și definițiile unor produse asupra cărora nu există un consens unanim în rîndul specialiștilor. La majoritatea băuturilor alcoolice s-au propus și limite maxime ale concentrației alcoolice, în general mai reduse decît cele practicate în prezent la noi sau pe plan mondial, în dorința de a aduce o contribuție la reducerea disponibilului și de a contribui — și pe această cale — la profilaxia alcoolismului.

APORTUL DETERMINANT AL GAMA-GLUTAMILTRANSPEPTIDAZEI ÎN REVELAREA SUFERINȚEI HEPATICE DE NATURĂ ETILICĂ

M. Cotrău, P. Brânzei, Lidia Ionescu, V. Hrimiuc, N. Păruș, Carola Offenberg
— Iași

Pentru precizarea efectelor nocive ale intoxicației etilice cronice s-a recurs la teste clinice, biochimice, hematologice etc. Urmărirea suferinței hepatice se realizează printr-o serie de determinări enzimatice, dintre care γ—glutamiltranspeptidaza pare a oferi indicațiile cele mai valoroase.

γ — glutamiltranspeptidaza sau — transferaza (γ-GTP) a fost descoperită în 1913 în rinichiul de berbec de către Dakin și Dudley. Ea face parte dintre enzimele catabolismului protidic, asigurînd transferul grupării γ — glutamil de la un aminoacid la altul și furnizînd țesuturilor glutamatul necesar metabolismului lor normal. Enzima cu greutate moleculară de ordinul 3.10^6 pare a fi localizată la nivelul membranei microzomiale, în rinichi, pancreas, ficat, splină, perete intestinal, etc, de unde poate fi obținută prin procese chimice. Există de asemenea și o formă tisulară solubilă, prezentă și în serul sanguin, cu greutatea moleculară 80.000..

Hiperactivitatea γ — GTP serică reflectă, fie creșterea permeabilității capilare, fie creșterea sintezei sale ca urmare a inducției enzimatice.

Rosalki și Rau, ca și Rollason și colab. au descoperit simultan în 1972 că activitatea γ — GTP este crescută la alcoolici. Lamy, Aron și colab. au arătat în 1773 că activitatea enzimatică revine spre normal, după o curbă exponențială, dacă intoxicația etilică încetează. Bertrand și Arnefaux (1973) au constatat aceiași descreștere a activității enzimatice la cirotici alcoolici, după spitalizare, deci după încetarea consumului de alcool.

Pe de altă parte, mai mulți autori au găsit hiper — γ — GTP în : diferite afecțiuni hepatobiliare (colostază extrahepatică, metastază hepatică, cancer primitiv hepatic, hepatită virotică) ; alte afecțiuni decît cele hepatobiliare (infarct miocardic, tumori cerebrale, diabet cu complicații vasculare, etc) ; tratament cu medicamente inductoare (epilepticii tratați cu barbiturice, fenitoină, etc. prezintă o hiper γ — GTP tardivă, încît se poate admite că ea s-ar datori mai curînd unei acțiuni citotoxice decît efectului inductiv).

Creșterea activității γ — GTP în serul alcoolicilor se explică prin activarea sintezei proteice la nivel microzomial, datorită efectului inductiv al alcoolului. Asemenea creșteri se observă și la alți inductori — fenobarbital, meprobamat — însă în cazul alcoolului valorile revin la normal odată cu suprimarea băuturilor alcoolice, pe cînd scăderea hiperactivității produsă de alți inductori este tardivă.

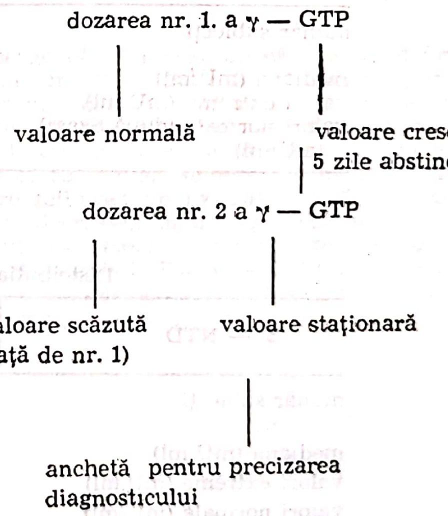
Testul γ — GTP este util în depistarea consumului excesiv de alcool într-o populație dată. Astfel, Oudéa (1976) pe un lot de 235 subiecți a constatat următoarele valori medii ale γ — GTP (valoarea normală : 30 mU/ml/25°), în raport cu cantitatea de vin consumată zilnic :

< 0,250 l	⩽ 18 mU/ml
0,250—1,000	18—44 mU/ml
> 1,000	> 44 mU/ml

Intoxicația etilică acută determină o cretșere de 1—3 mU/ml, reversibilă în 24 ore.

În intoxicația etilică cronică, hiper — γ — GTP se observă într-un procent important, niciodată mai mare de 80%, rezultînd deci un procent de fals negativi de peste 20%. În schimb, fals — pozitivii sînt practic inexistenți, dacă se exclud cauzele — medicale și iatrogene — de creștere a γ — GTP.

Valoarea testului γ — GTP capătă o semnificație deosebită atunci cînd, în prezența unei valori crescute, se repetă determinarea după minimum 5 zile de abstinență alcoolică. Scăderea γ — GTP indică alcoolul drept cauză a hiper-γ — GTP inițiale. Dacă însă valoarea se menține crescută și după sevraj, sînt responsabile de această creștere, alte cauze. Redăm, după Oudéa, o asemenea schemă de investigare :



Școlii din Tours (Lamy, Aron și colab.) îi revine meritul de a fi investigat amplu utilitatea acestei determinări diacronic, în cazul alcoolicilor și ciroticilor alcoolici, supuși curei de dezintoxicare.

Se știe că sub influența consumului excesiv de alcool crește catabolismul nucleotidic. Dintre enzimele implicate în acest catabolism, am determinat activitatea 5' — nucleotidazei, fosfatază care acționează asupra adenozin — 5 monofosfatului, cu eliberarea fosfatului.

În această lucrare am urmărit, pe un lot de alcoolici internați pentru cură de dezintoxicare, nivelul γ — GTP și a 5' — NTD, spre a verifica creșterea lor iniţială, ca şi revenirea la normal după o perioadă de abstinenţă, precum şi a aprecia valoarea lor comparativă. În paralel am determinat transaminazele serice, test biochimic util în aprecierea afectării hepatice.

Material şi metodă. Subiecţii investigaţi au fost bărbaţi adulţi, alcoolici, internaţi pentru cură de dezintoxicare. Nici un pacient nu prezenta ciroză sau hepatomegalie, nu era icteric, nu suferea de alte afecţiuni care influenţează valoarea γ — GTP şi nu a fost supus la tratamente cu medicamente inductoare.

La un lot de 73 subiecţi s-au efectuat la internare următoarele teste enzimatice: γ — GTP, 5' — NDT, TGP şi TGO. La 52 dintre aceşti subiecţi a existat posibilitatea repetării tuturor determinărilor după 5 zile de la prima recoltare, în care perioadă nu au consumat băuturi alcoolice şi au fost supuşi unui tratament de dezintoxicare hepatoprotector şi vitaminizant. S-a ales perioada de 5 zile între seriile de determinări, deoarece este suficientă pentru revenirea la normal a activităţii γ — GTP, căci descreşterea exponenţială începe chiar de la începutul sevrării, iar constanta de semi-întoarcere la normal variază de la 4 la 16 zile, răspunsul imediat fiind unul dintre avantajele testului (Lamy).

Metodele folosite au fost: metoda Szasz, tehnica Bio-Mérieux pentru γ — GTP, metoda Campbell, tehnica Bio-Mérieux pentru 5' — NTD şi metodqa colorimetrică cu 2.4 — difenilhidrazină pentru transaminaze.

Rezultate şi discuţii: a) depistarea consumului excesiv cronic de alcool. Distribuţia valorilor γ — GTP şi 5' — NTD la lotul de 73 subiecţi este prezentată în tab. 1 şi 2. Se observă că 41 (56%) din 73 subiecţi au γ — GTP peste 24 mU/ml, limita superioară normală după tehnica utilizată. Autorii cercetaţi sînt de acord în aprecierea că testul dă un procent niciodată sub 20% de fals-negativi. la care Υ — GTP nu poate fi inductibilă. Din 73 subiecţi, 63 (86%) au valori 5' — NTD sub limita maximă a normalului, concordînd cu datele din literatură după care în alcoolismul cronic, 5' — NTD este normal sau uşor crescut, spre deosebire de afecţiunile hepatobiliare, unde activitatea enzimei creşte în paralel cu γ — GTP. Boone, pe 20 alcoolici, a găsit la 68% din cazuri creşteri moderate, în medie de 2,4 ori valoarea limită superioară normală.

Tabelul nr. 1

Distribuţia valorilor γ — GTP la 73 subiecţi

γ — GTP (mU/ml)	<24	24,1—50	50,1—100	101—200	201—400	>400
număr subiecţi	32	12	7	8	9	5
%	43.8	16,5	9,6	11,0	12,3	7,0
mediana (mU/ml)			31,2			
valori extreme (mU/ml)			1,1—1 076			
valori normale (după Szasz) (mU/ml)			6 — 24			

Tabelul nr. 2

Distribuţia valorilor 5'—NTD la 73 subiecţi

5' — NTD	<5	5,1—10	10,1—15	15,1—20	>20
număr subiecţi	20	26	14	7	6
%	27,4	35,6	19,2	9.6	8,2
mediana (mU/ml)			8,2		
valori extreme (mU,ml)			1,6—25,8		
valori normale (mU/ml)			17		

Corelînd valorile γ — GTP şi 5' — NTD se constată (fig. 1) că cel mai bun indicator pentru depistarea consumului excesiv îl constituie γ — GTP deoarece a selectat 31 subiecţi, faţă de numai 10 detectaţi prin 5' — NTD.

Testul 5' — NTD este totuşi util atunci cînd se calculează raportul γ — GTP/5' — NTD, care în cazul alcoolicilor a fost găsit de Planquet peste 8 în 40% din 85 cazuri, spre deosebire de neetilici, cu raportul sub 8 în aproape totalitatea celor 80 cazuri. Din 73 subiecţi, am găsit pentru acest raport valori superioare cifrei 8 la 30 subiecţi (41%).

TGP şi TGO au prezentat valori în limite normale la 90% şi 36% din subiecţi. mediile şi abaterea standard fiind pentru TGP de 6,9 ± 1,0 şi pentru TGO de 17,4 ± 12,5. La 10% şi 64% din subiecţi s-au înregistrat depăşiri de 2,5 şi 1,8 a valorii maxime normale pentru TGP şi respectiv TGO (normal <12 mU/ml). Pe lotul de 20 alcoolici, Boone a găsit creşteri medii de 1,4 şi 1,7 pentru transaminaze în 47% şi 55% din cazuri.

Rezultatele noastre pe 72 alcoolici demonstrează precocitatea creşterii γ — GTP dintre enzimele testate pentru verificarea integrităţii funcţionale hepatice.

b) Verificarea efectului abstinenţei. Rezultatele obţinute pe 52 subiecţi la care s-au repetat determinările după 5 zile de cură de dezintoxicare cu abstinenţă sînt înscrise în fig. 2, 3 şi tab. 3.

Din fig. 2 se observă că :

— valorile γ — GTP au scăzut în 5 zile la 30 (75%) din 52 subiecţi ;

— la 29 (56%) din 52, valorile iniţiale ale γ — GTP depăşeau limita superioară normală, deci lotul fals negativ este de 23 subiecţi (44%). La toţi cei 29 subiecţi cu hiper — γ — GTP s-a observat scăderea în timpul curei, iar la 22 subiecţi, activitatea enzimei a atins limita normală ;

— din 23 cazuri fals negative, 10 au prezentat scăderi în timpul curei, însă variaţiile în acest lot fiind mici, nu au nici o semnificaţie, încadrîndu-se în limitele de variaţie inerente metodei.

În tab. 3 sînt înscrise medianele — cifra sub care se situează 50% dintre valori — înainte şi după cură, precum şi raportul acestora, pentru γ — GTP şi 5' — NTD ca şi raportul γ — GTP/5' — NTD.

Tabelul nr. 3

Medianele şi raportul γ — GTP/5' — NTD

proba		înainte	după 5 zile
mediana	γ — GTP	34,0	15,3
	5' — NTD	8,6	6,4
raportul înainte/după		2,22	1,34

Comparînd datele obţinute cu acelea ale lui Lamy pe 30 alcoolici, se constată la acest autor un procent mai mic de fals-negativi (33%) şi un raport ceva mai mare între valorile iniţiale şi finale (2,76), dar o concordanţă deplină în privinţa scăderii. În timpul abstinenţei, la toţi subiecţii cu hiper — γ — GTP iniţială.

Testul 5' — NTD se dovedeşte nesemnificativ, întrucît numai 10 subiecţi se plasează iniţial peste limita normală, iar scăderile şi creşterile în timpul abstinenţei au loc în interiorul valorilor normale. Dimpotrivă, fig. 3 comparată cu fig. 2 arată concordanţa dintre raportul γ — GTP/5' — NTD şi γ — GTP, ambii indicatori avînd aceiaşi tendinţă la ansamblul celor 52 de subiecţi.

Dintre transaminaze, numai TGO a avut iniţial valori medii crescute (19 mU/ml faţă de 12 mU/ml limita superioară normală), iar, după abstinenţă, a revenit la normal, demonstrînd că sînt teste relativ puţin sensibile din acest punct de vedere.

Concluzii. Rezultatele noastre pe 72 alcolici internaţi pentru cura de dezintoxicare demonstrează precocitatea creşterii activităţii γ — GTP dintre enzimele — toate nespecifice — testate pentru verificarea integrităţii funcţionale hepatice, cu un procent de 44 fals negativi.

Pe lotul de 52 subiecţi urmăriţi în timpul abstinenţei, valorile γ — GTP au scăzut la 75% dintre subiecţi. La toţi subiecţii cu hiper — γ — GTP s-a observat revenirea la normal sau către normal a valorilor enzimatice, demonstrînd că inductorul, care a determinat creşterea acestora, este alcoolul.

Deşi nespecific pentru afectarea hepatică, testul γ — GTP se înscrie ca un mijloc obiectiv complementar în depistarea şi urmărirea alcoolicilor, atît pe plan clinic şi socio-profesional, cît şi medico-legal.

In a series of 72 alcohol addicts admitted for desintoxication cure, the hepatic disturbance by gamma-glutamiltranspeptidase (γ — GTP) test as well as by other unspecific enzpmes was followed up. The increase of γ — GTP was the earliest of all the tested enzymes. A series of 52 alcohol addicts, during temperance period, were followed up by this test. The γ — GTP values have decreased in all patients who had above normal values, demonstrating that the increase inductor was the alcohol. The γ — GTP test proves to be a objective complementary means in the alcoholic addicts discovery and follow up.

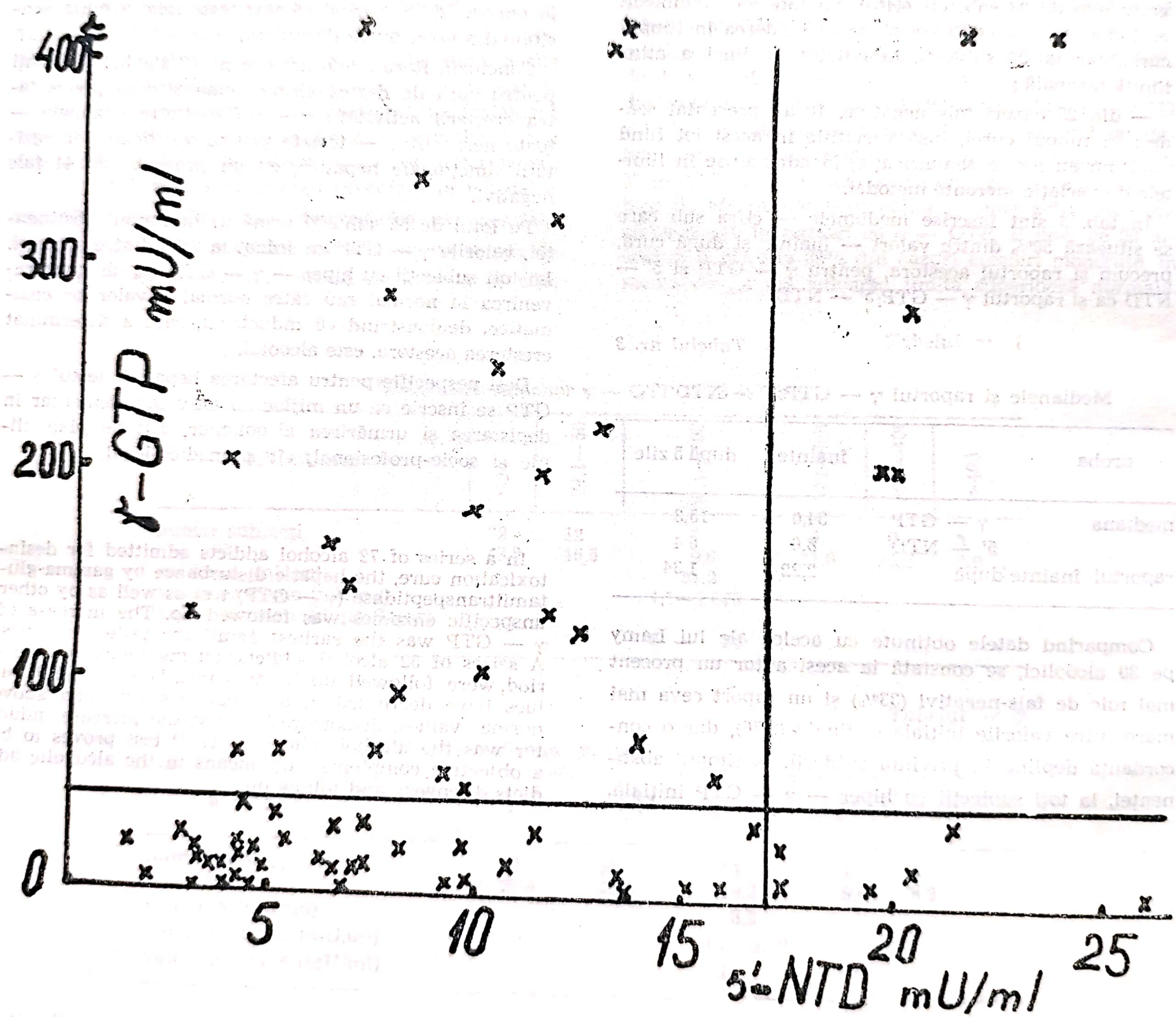


Fig. 1. Corelarea valorilor γ — GTP şi 5' — NTD

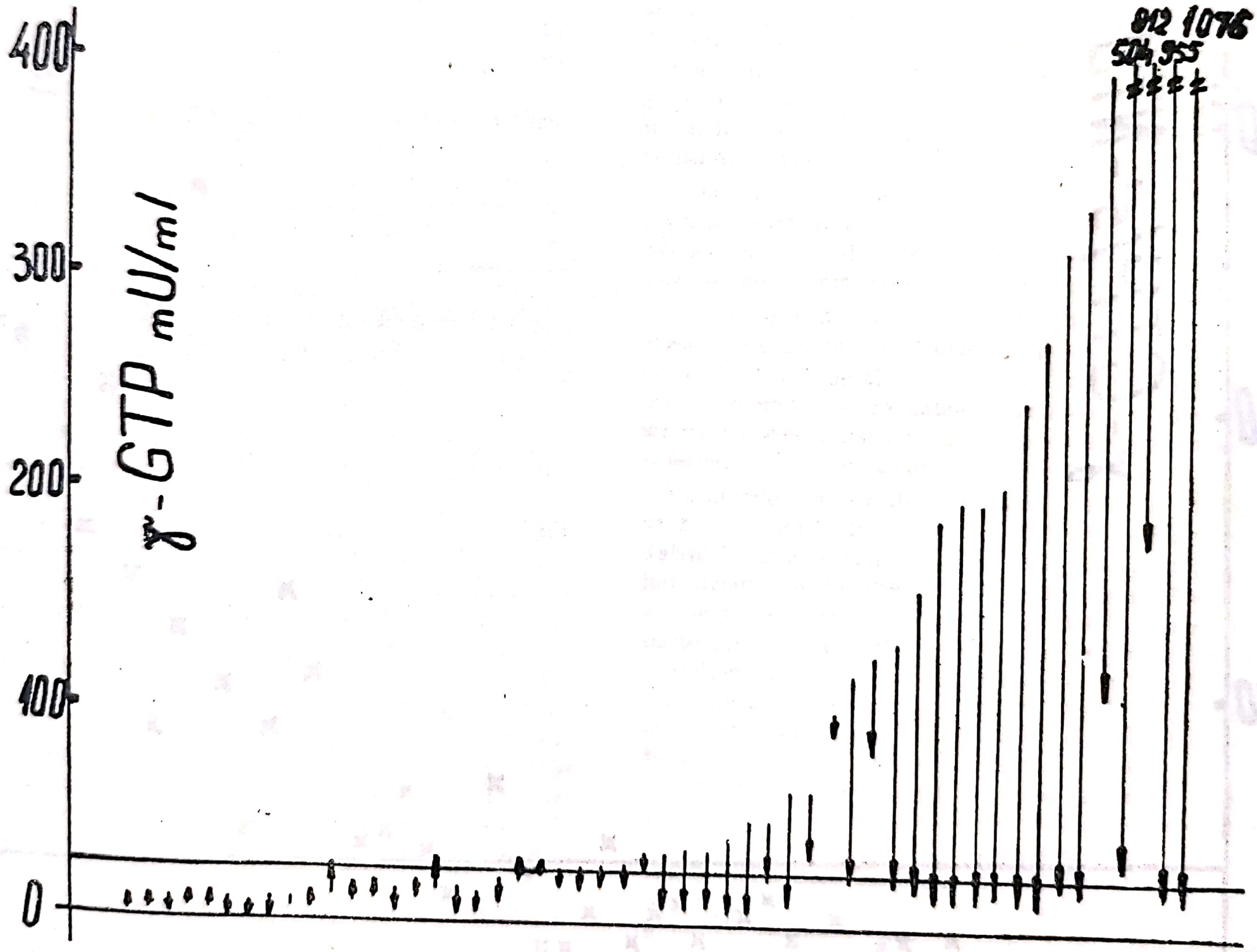


Fig. 2. Variaţia γ — GTP în cursul curei de dezintoxicare

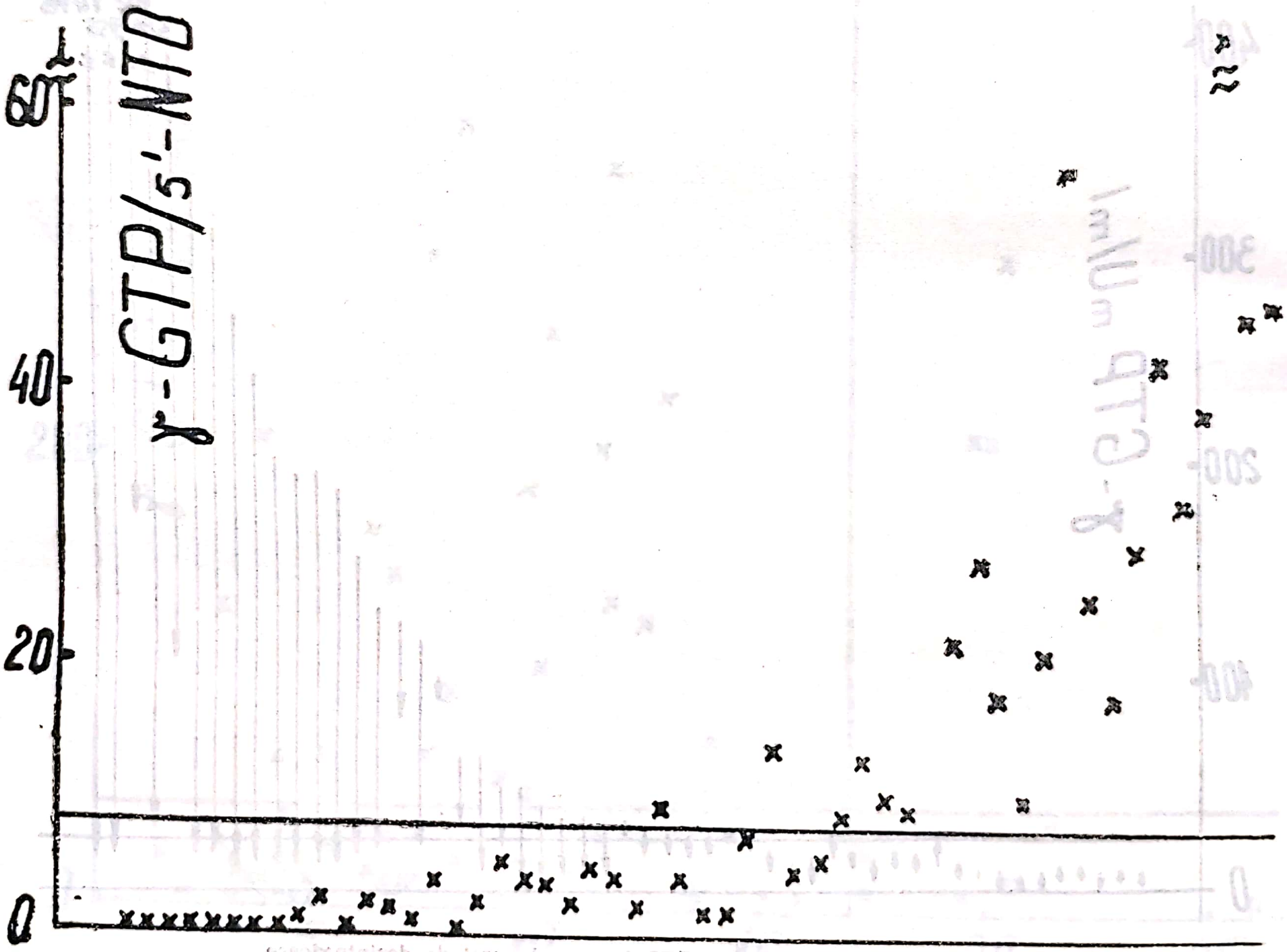


Fig. 3. Valorile raportului γ — GTP/5' — NTD

DINAMICA ȘI STRUCTURA CONSUMULUI DE BĂUTURI ALCOOLICE ÎN ROMÂNIA

Al. I. Ionescu, P. Ionescu
— București

Dacă pe plan individual este adevărat că există droguri cu efecte mult mai teribile decît alcoolul, pe plan colectiv — în schimb — efectul acestuia este cu mult mai dezastruos prin consecințele sale asupra unui număr mai mare de oameni. Dacă marijuana, heroina, morfina, cocaina etc., au efecte numai asupra indivizilor nărăviți — în general tineri — care se dedau acestui îngrozitor viciu, alcoolismul vizează — de cele mai multe ori — persoane adulte, deseori capi de familii numeroase ce antrenează în naufragiul lor numeroase persoane.

Alcoolismul, prin răspîndirea sa, constituie în unele țări ca Franța a treia cauză a mortalității.

Iată de ce studierea multiplelor aspecte care conduc la răspîndirea alcoolismului reprezintă un comandament moral, care ne obligă să nu avem teamă de cuvîntul rostit și litera scrisă în analizarea tragicei autenticități a acestei nefericite deprinderi.

Avem obligația de a nu minimaliza consecințele acestei plăci sociale, de a nu vehicula fărîme de adevăr, ci de a rosti adevăruri întregi, subliniindu-le cu majusculă.

În anchetele epidemiologice referitoare la etilism se folosesc, cel mai adesea, ca indicatori ai prevalenței alcoolismului, următorii doi factori :

Frecvența apariției cirozei ficatului. După datele OMS, în medie 6 persoane din 100 000 mor datorită acestei boli, coeficientul fiind extrem de diferit, în raport cu consumul de băuturi alcoolice ; Franța : 34 la 100 000 locuitori ; Portugalia 30 ; Austria : 22 ; Italia : 21 ; R. F. Germania : 20 ; România : 16 ; Grecia : 15 ; Elveția : 13 ; S.U.A : 12 etc. Apariția cirozei ficatului nu constituie decît un indiciu al etilismului și nu este determinantă, întrucît s-a constatat, de exemplu, că în Franța numărul bolnavilor de ciroză este de 2—3 ori mai mare decît al alcoolicilor, iar la 100 alcoolici, cărora li s-a făcut autopsia, numai la 9 cazuri s-a constatat ciroză ;

Consumul mediu de băuturi alcoolice pe locuitor ne dă o imagine — nu suficient de fidelă — asupra numărului de alcoolici dintr-o țară, regiune, zonă geografică etc. La apariția etilismului, în afară de cantitatea de alcool ingerată de fiecare persoană, un rol important în frecvența sa îl mai joacă și natura și concentrația alcoolică, modul cum este consumat (în doze mai mici sau mai mari,, zilnic sau periodic, în timpul sau în afara meselor), eforturile fizice depuse, cantitățile de lichide nealcoolice ingerate, impuritățile organice și anorganice ale băuturilor alcoolice. obișnuința organismului, factorul genetic etc.

În lucrarea noastră ne vom ocupa de evoluția și structura consumului de băuturi alcoolice din România și vom prezenta și repartiția acestuia pe județe. Pe baza acestor date se vor putea întreprinde alte anchete și studii epidemiologice privind problema complexă a etilismului la noi.

Băuturile alcoolice — ce se consumă în România — se împart în două mari grupe :

— *băuturile alcoolice distilate*, cu concentrație ridicată, ca : alcool etilic rafinat și băuturile preparate din el (vodcă, rom, gin, rachiu alb, lichioruri, diferite alte rachiuri), rachiurile de fructe (țuică, rachiuri de mere, pere, cireșe, vișine, caise, piersici ș.a., precum și de fructe de pădure, de drojdie, de tescovină etc.), distilatele învechite de vin (coniac, vinars), whisky ș.a. Tot aici încadrăm și băuturile aperitive ca vermutul și biterul ș.a. care, deși nu sînt băuturi distilate, întrucît li se adaugă alcool etilic rafinat, își măresc concentrația alcoolică ;

— *băuturi alcoolice fermentate :* berea, vinul, vinul spumant (șampania), vinul spumos și băuturile alcoolice casnice obținute din fermentarea diferitelor fructe fără — sau cel mai adesea — cu adaos de zahăr.

În cele ce urmează vom analiza evoluția consumului acestor băuturi la noi, folosindu-ne — pentru cele livrate după cel de-al doilea război mondial prin comerțul socialist — de datele din anuarele statistice, iar pentru cele consumate de pe piața neorganizată de referirile din unele lucrări.

Rachiurile industriale din alcool etilic au început să fie consumate la noi după 1850, cum menționează Taban V. „nu se consuma nici măcar un hl de alcool industrial", iar în 1860— după cum afirmă Possa S. — „se vede o minimă cantitate de 3 000 l" și mai departe „populația țării era viguroasă, sănătoasă și se înmulțea normal". Aceleași informații le găsim și în lucrările lui P. S. Aurelian, dr. C. Istrati, dr. I. Felix etc. Sînt unele dovezi că în Moldova fabricarea spirtului din cereale se practica înainte de 1850, după cum rezultă din „Notiții statistice asupra Moldovei" a lui Nicolae Suțu, care arată că pe la 1850 se aflau „103 velnițe cu abur și 1 098 căldări pentru rachiu". În perioada 1875—1880 consumul de rachiuri din spirt pe locuitor/an a fost de 5,5 l alcool absolut, echivalentul a 110 000 hl alcool absolut, după cum menționează Felix și Taban V. Începînd din anul 1880 s-a trecut treptat la fabricarea alcoolului etilic rafinat : după Grigorescu G., (citat de Urbeanu A.), în anul 1882 se produceau la noi cca 3 mil. litri alcool, din care numai 1/3 era rafinat (cea mai mare parte se fabrica în Muntenia). În perioada 1890—1900 consumul total de rachiuri din alcool rafinat era de cca 200 000 hl alcool absolut, ceea ce revenea la 3,3 l pe locuitor/an, după cum rezultă din statisticile Ministerului de Finanțe.

După primul război mondial, în anii 1923—26, cantitatea de rachiuri din alcool rafinat ce se consuma era — în medie — de 400 000 hl alcool absolut (în anul 1925 ajunsese la 520 000 hl), după cum se menționează în expunerea de motive a legii monopolului vînzării spirtului din anul 1932, ceea ce revenea la 2,4 l alcool absolut pe locuitor/an.

După cel de-al doilea război mondial consumul acestora a înregistrat o scădere (144 000 hl în 1950) şi a continuat să crească, ajungînd în prezent la cca 400 000 hl alcool absolut, după cum rezultă din graficul 1, echivalent a 1,8 l alcool absolut pe locuitor/an.

Rachiurile de fructe au început să se consume în ţările române încă din secolele XV şi XVI, odată cu introducerea şi la noi a instalaţiilor de distilare. Dintre rachiurile de fructe ţuica — ce este rachiul de prune — reprezintă cca 2/3, diferenţa fiind constituită din rachiu de drojdie şi de tescovină (în cel mai ridicat procent), precum şi din rachiurile din alte fructe (mere — în considerabilă creştere — pere, cireşe, piersici, caise, vişine etc.). Deoarece producţia acestor rachiuri se realiza în zeci de mii de instalaţii de distilare (între cele două războaie mondiale existau cca 60 000 cazane de distilare), concentraţia alcoolică obţinută era extrem de diferită (de la 18—20 vol % în Oltenia şi Muntenia, la cca 40 vol % în Moldova şi 50—60 vol % în nordul Transilvaniei), iar asupra modului de exprimare a acestea existau — în trecut — confuzii grave, susţinîndu-se chiar în parlament că aceasta se exprimă în grade Réaumur. Astfel datele referitoare la producţia şi consumul acestora sînt extrem de diferite. Nicoleanu şi Brezeanu precizează că în perioada 1862—66 producţia anuală de ţuică a fost — în medie — de 670 00 hl (cca 31 hl la ha de livezi). ceea ce reprezintă cca 200 000 hl alcool absolut.

In anii 1886—89 cantităţile de ţuică consumate anual şi taxate, după statisticile Ministerului de Finanţe, au fost în medie de 180.000 hl, echivalentul a cca. 50.000 hl alcool absolut. In realitate, producţia şi consumul de ţuică era cu mult mai mare aşa cum rezultă din declaraţiile lui Petre Carp, care era în acea vreme ministru de finanţe, cu prilejul adoptării „legii ţuicii", ce estima consumul de ţuică în perioada respectivă la 300.000 hl, sau 70—80.000 hl alcool absolut, echivalentul a 1,6 l pe locuitor/an.

În alte lucrări ca acea a lui Urbeanu se estima consumul de ţuică la sfîrşitul secolului trecut, la 300.000 hl alcool absolut, respectiv 6 l pe locuitor/an.

Nicoleanu şi Brezeanu evaluează că la finele secolului XIX producţia şi consumul de ţuică era de 22 hl la ha de livezi de pruni, ceea ce reprezintă pentru cele 55.000 ha cu livezi şi pruni — existente în acea perioadă — cca. 1.200.000 hl ţuică. respectiv cca. 350.000 hl alcool absolut sau aproape 6 l pe locuitor/an.

Menţionăm însă că datorită periodicităţii producţiei livezilor de pomi de la noi, producţia şi consumul de ţuică nu erau aşa de ridicate.

Pentru a avea o imagine mai fidelă a consumului de rachiuri din fructe, la datele de mai sus trebuie să adăugăm şi producţia de rachiuri de drojdie şi tescovină, care pentru acea perioadă reprezenta cca. 30.000 hl alcool absolut.

După primul război mondial, în anii 1922—1924, consumul de rachiuri de fructe taxate, după datele Ministerului de Finanţe, a fost de 93.000 hl alcool absolut, după cum relatează Teodorescu cuantumul tainurilor producătorilor — scutite de taxe — conform prevederilor legale era de 15 l alcool absolut de fiecare familie, ceea ce reprezenta cca. 75.000 hl alcool absolut, la care trebuie adăugate şi evaziunile la cele 60.000 cazane ce pot fi apreciate la 100—150.000 hl alcool absolut. Rezultă astfel că, între cele două războaie mondiale, totalul consumului de rachiuri de fructe reprezenta cca. 300—350.000 hl alcool absolut, respectiv. 1,8—2 l pe locuitor/an.

După cel de-al doilea război mondial consumul acestora din reţeaua comercială de stat a crescut (graficul 1), el fiind de 100.000 hl alcool absolut în 1960 şi ajungînd la cca. 400.000 hl cît mai exact consumul real de rachiuri de fructe trebuie să adaugăm şi cantităţile furnizate de piaţa neorganizată, ce reprezintă cca. 400.000 hl cît este în prezent. Pentru a avea însă date care să reprezinte cît mai exact consumul real de rachiuri de fructe trebuie să adăugăm şi cantităţile furnizate de piaţa neorganizată, ce reprezintă cca. 400.000 hl alcool absolut, după cum estimează Gonţea şi Ionescu. Totalul consumului de rachiuri din fructe ar însuma azi cca. 700.000 hl alcool absolut, respectiv 3,2 l pe locuitor/an. Mai trebuie luate în considerare şi marile cantităţi de rachiuri fabricate în instalaţii clandestine improvizate, cu toxicitate foarte ridicată, atît din fructe cît şi din alte materii prime (cereale, sfeclă, marmeladă, zahăr etc.).

In tabelul 1 se prezintă evoluţia consumului de băuturi alcoolice în România în ultimul secol.

Tabel nr. 1. EVOLUŢIA CONSUMULUI ANUAL DE BĂUTURI ALCOOLICE DIN ROMÂNIA PE LOCUITOR

1. Băuturi alcoolice din spirt (L. alc. abs).	1880	1875—80	1860—1600	1823—26	1945—48	1978
	. . .	3	3,5	2,4	1,8	3,0
2. Rachiuri din fructe şi distilate din vin (L. alc. abs)	1862—66	1886—89	1922—24	1945—48	1978	
	4,0	6,0	2,0	1,5	3,0	
3. Vin (L).	1880—85	1922—25	1947—38	1945—48	1978	
	65	30	50	25	32	
4. Bere (L).	1900	1927—28	1930	1950	1978	
	. . .	0,3	0,1	6,0	38	

Vinul este atestat că se consumă în cantităţi importante pe teritoriul României încă de pe vremea getodacilor. Duţu estimează că înainte de atacul filoxerei, în anii 1880—85, existau în vechea Românie cca. 140.000 ha viţă indigenă. Cantitatea de vin ce se consuma anual pe locuitor era de 65 l, respectiv 6,5 l alcool absolut, după cum menţionează şi Munteanu şi Roman diferenţa pînă la 85 l cît reprezenta producţia anuală la vin pe locuitor consumîndu-se sub formă de distilate învechite de vin (coniac), oţet etc.

Pentru a se putea efectua o cît mai aprofundată analiză a etilismului din țara noastră nu este lipsit de interes să redăm dinamica consumului de băuturi alcoolice de la noi, care se desprinde din graficele 1 și 2.

Rezultă că la toate felurile de băuturi alcoolice se constată importante creșteri, iar procentul celor fermentate este mai mic decît al celor distilate (tabel 3), ceea ce sporește mult pericolul etilismului, cu nefastele sale consecințe.

Tabelul nr. 3

Structura anuală a consumului de băuturi alcoolice

Băutura alcoolică	Consum anual					
	Total în hl alcool absolut			Pe locuitor în l alcool absolut		
	Din rețeaua com. soc.	Din piața neorg.	Total	Din rețeaua com. soc.	Din piața reorg.	Total
I. Băuturi alcoolice cu concentrații ridicate (peste 16 vol %)						
a) Rachiuri industriale din alcool rafinat	400 000	—	400 000	1,8	—	1,8
b) Rachiuri din fructe	300 000	400 000	700 000	1,4	1,8	3,2
c) Alte băuturi alcoolice indigene și importate	200 000	—	200 000	1,0	—	1,0
TOTAL	900 000	400 000	1 300 000	4,2	1,8	6,0 (54%)
II. Băuturi alcoolice fermentate						
a) Vin 3,2 mil. hl	320 000	380 000	700 000	1,5	1,9	3,4
b) Bere 11,0 mil. hl	350 000	—	350 000	1,6	—	1,6
TOTAL	670 000	380 000	1 050 000	3,1	1,9	5,0 (46%)
TOTAL GENERAL	1 570 000	780 000	2 350 000	7,3	3,7	11,0

Din datele prezentate în tabelul 3 rezultă că în România consumul de alcool anual pe locuitor este de 7,3 l alcool absolut provenit din rețeaua comercială de stat și de 11 l dacă se iau în calcul și băuturile alcoolice legale provenite de pe piața neorganizată. În comparație cu unele din țările consumatoare de băuturi alcoolice, România deține în prezent un loc de frunte, așa cum rezultă din datele înscrise în tabelul 4.

Tabelul nr. 4

Consumul de alcool (exprimat în l alcool absolut) din unele țări pe an/locuitor (după Olof A. Forsander și asociația industriei germane de băuturi spirtoase)

Țara	1950—52	1960—61	1971	1978
Franța	—	18	16,7	16,0
Italia	9,0	13,0	13,9	14,9
R. F. G.	3,1	8,5	12,3	12,4
Spania	7,0	6,7	12,0	14,0
Austria	6,5	6,8	11,4	10,6
Argentina	8,0	7,0	10,9	11,5
Ungaria	6,0	6,7	9,5	11,5
Anglia	4,8	5,4	6,7	—
U. S. A.	7,2	5,4	6,3	—
Polonia	2,3	4,1	5,9	—
Suedia	3,6	3,9	5,7	—
U.R.S.S. *)	1,9	—	2,3	—
Mexic	—	—	1,4	—
România **)	—	—	7,3	7,3

---

*) După date mai recente acesta este de peste 4,0 l.

**) Datele se referă la anii 1979—1980 și cuprind numai consumul de băuturi alcoolice livrate prin rețeaua comercială de stat.

Se observă că în majoritatea țărilor consumul de băuturi alcoolice este în creștere, cu excepția Franței unde — în urma măsurilor întreprinse pentru combaterea alcoolismului — acesta este în scădere.

Structura consumului de băuturi alcoolice are un rol important în etilism și anume raportul nefavorabil dintre cele fermentate și cele distilate. Din datele prezentate în tabelul nr. 5 rezultă că în România se consumă anual 6,0 l alcool absolut, din băuturile alcoolice distilate (distribuite numai prin rețeaua comercială).

Tabelul nr. 5

Structura consumului de băuturi alcoolice din unele țări (date pentru anul 1978 în valori anuale pe loc.)

Țara	Total băuturi alcoolice (în L alc. abs.)	din care					
		Băuturi alcoolice distilate		Vin		Bere	
		L. alc. abs	%	L	%	L	%
Franța	16,0	2,5	15	98,0	76	42,5	9
Spania	14,0	3.0	21	70,0	66	52,1	13
Portugalia	13,5	0,9	6	91,3	87	33,0	7
Italia	12,8	2,0	15	91,0	82	14,9	3
R.F.G.	12,4	3,0	24	23,8	30	145,6	46
Ungaria	11,5	4,6	41	34,0	35	86,0	24
Argentina	11,5	0,9	17	85,0	81	8,5	2
Austria	10,6	1,4	13	35,0	47	100,9	40
Elveția	10,6	2,0	19	45,9	56	68,0	25
Belgia	10,3	2,4	23	17,8	21	140,0	56
România	11,0	6,0	55	35,0	30	38,0	15

În urma distrugerii viilor de către filoxeră, consumul de vin a scăzut foarte mult.

După primul război mondial, cînd o bună parte din plantațiile de vii au fost refăcute și s-au importat și plantat mari suprafețe de h.p.d., consumul de vin a crescut din nou. Astfel, în anii 1922—24 se consuma anual ca vin taxat, conform evidenței Ministerului de Finanțe, cca. 2,2 mil. hl vin, respectiv 225.000 hl alcool absolut. după cum relatează Teodorescu, ceea ce revenea la 1,3 l pe locuitor/an.

În anul 1932, la adoptarea legii monopolului asupra băuturilor alcoolice, consumul de vin taxat ajunsese la 3 mil. hl, la care trebuie să adaugăm tainurile viticultorilor scutite de taxe (cei 500.000 producători aveau scutit de taxe cantitatea de 100 l vin pentru fiecare scutită de taxe cantitatea de 100 l vin pentru fiecare sustrageri care reprezentau încă cel puțin atît.

În anii 1938—40 consumul total anual de vin putea fi apreciat la cca 6 mil. hl., respectiv 4,0 l alcool absolut pe locuitor/an.

După cel de-al doilea război mondial consumul de vin a înregistrat la început o oarecare scădere, ca apoi să crească ajungînd ca în 1978 să fie livrate populației prin rețeaua comercială de stat cantitatea de 3,2 mil. hl vin (graficul 1), respectiv 15 l vin pe an locuitor sau 1,5 alcool absolut.

Pentru a avea o situație cît mai exactă a consumului real de vin de la noi trebuie să mai luăm în considerare cantitățile ce se consumă din „cota" viticultorilor de 200 l pentru fiecare familie, precum și cantitățile sustrase obligațiilor către stat. Astfel, dacă din producția anuală de vin brut de 8—9 mil. hl, menționată în anuarele statistice, scădem drojdiile (cca. 1 mil. hl), cantitățile ce se industrializează sub formă de distilate, șampanie, spumos. vermut etc. (cca, 1,5 mil. hl), precum și exportul de vinuri (cca. 1 mil. hl), rezultă un consum anual total de 6—7 mil. hl vin, ceea ce revine pe locuitor/an 30—35 l vin, respectiv 3—3,5 l alcool absolut.

La cantitățile de mai sus trebuie incluse și așa-numitele „vinuri artificiale" preparate de populație din diferite fructe (fructe de pădure, smochine, stafide, drojdie, tescovină etc. cu adaos de sirop de zahăr și fermentate) ale căror volum este foarte greu de evaluat. Un indicator îl poate constitui creșterea cantităților de zahăr livrate populației prin comerțul de stat — îndeosebi în zonele viti-pomicole — ce sînt mai mari în anii cu recolte nefavorabile (ex. în 1977 s-a livrat cca. 200.000 t mai mult zahăr decît în anii apropiați).

Berea se consumă la noi încă din secolele XV—XVI, cînd se fabricau casnic cantități foarte mici. Începînd din a doua jumătate a secolului XIX, apar fabrici cu producție mai mare, dar consumul de bere era încă redus.

În anii 1927—28, înainte de monopolizarea băuturilor alcoolice distilate și introducerea taxelor de consumație, consumul anual de bere ajunsese la 1 mil. hl, ca după 1930 să scadă la 0,4 mil. hl.

În 1938 consumul anual de bere era de 0.5 mil. hl, ceea ce revenea pe locuitor/an 0,3 l bere.

După cel de-al doilea război mondial, în urma etatizării și măsurilor luate de a spori producția și consumul de bere, acesta a crescut (tabelul 2) de la 1,3 mil. hl în 1955 la 4,2 mil. hl în 1970, la 7,3 mil. hl în 1975 ajungînd în prezent la cca 11 mil. hl, ceea ce revine pe locuitor/an la cca. 50 l, respectiv 1,6 l alcool absolut.

În afara băuturilor alcoolice analizate, se mai consumă la noi — pe o scară din ce în ce mai însemnată — și importante cantități de alte băuturi alcoolice, necuprinse în anuarele statistice, ale căror valori sînt prezentate în graficul 2, ca :

— *vinuri spumante (șampanie) și spumoase* al căror consum actual a ajuns la 23 mil. butelii (din care 5 mil. vin spumant) echivalent a 20.000 hl alcool absolut ;

— *vermuturi* al căror consum anual în ultimul deceniu a fost de cca. 250.000 hl (în anul 1970 a fost de 365.000 hl), respectiv 40.000 hl alcool absolut ;

— *bitteruri* al căror consum în ultimul cincinal a crescut de la 80.000 hl la 120.000 hl, ceea ce reprezintă 30 000 hl alcool absolut ;

— *distilate învechite de vin* (vinars = coniac) al căror consum anual a înregistrat în ultimele două decenii cele mai impresionante creșteri : de la 12.000 hl în 1960 la 173.000 hl în 1976 și 150.000 hl în prezent, ceea ce totalizează 60.000 hl alcool absolut.

Deosebit de acestea se mai consumă foarte mari cantități de băuturi alcoolice distilate *importate* ca : vodcă, rom, gin, whisky, rachiuri de fructe, distilate învechite de vin etc., precum și bere, vinuri, vinuri spumante ș.a. importate din U.R.S.S., Polonia, R.D.G., Ungaria, Albania. Bulgaria, Cehoslovacia, Cuba etc. ce pot fi estimate anual la 50.000 hl alcool absolut.

Totalizînd băuturile alcoolice de mai sus rezultă un consum anual total de cca. 200.000 hl alcool absolut sau 1,0 l pe locuitor/an.

Dinamica vînzărilor de băuturi alcoolice în ultimele trei decenii prin rețeaua comercială de stat este prezentată în tabelul 2.

O însemnătate deosebită în apariția și evoluția etilismului o are și proporția dintre băuturile alcoolice distilate cu concentrațiș alcoolice ridicate (40°, 50° și chiar alcool rafinat de 72° și 85°) și cele cu tării alcoolice reduse (25°—30°). Urmărind la noi structura concentrațiilor băuturilor alcoolice distilate se constată din graficul 3 că procentul celor cu tării alcoolice ridicate este în continuă creștere ; apariția de noi sortimente cu astfel de concentrații ca și sporirea cantităților acestor produse livrate consumatorilor este o dovadă de necontestat — Nu trebuie să se uite nici un moment că băuturile alcoolice indiferent de concentrația lor — se consumă la volum și nu la tărie, ceea ce face să sporească pericolul alcoolismului.

Cercetînd repartiția pe județe a consumului de băuturi alcoolice livrate prin rețeaua comercială, pe care am reprezentat-o în hărțile nr. 1 și nr. 2, se constată disparități în consumul acestora.

Astfel, cu excepția județului Constanța unde consumul este puternic influențat de turiști, cele mai mari cantități de alcool se consumă în județele unde nu se cultivă pomi și viță de vie : Brașov, Harghita și Covasna (în deosebi băuturi alcoolice distilate). De asemeni mari cantități se consumă și în alte județe culti-

Tabelul nr. 2

Dinamica vînzărilor de băuturi alcoolice prin rețeaua comercială de stat în perioada 1950—1980

Anii	Publicate în anuarele statistice				Din evidențele producătorilor									
	Bere		Vin		Alcool și băuturi spirtoase (inclusiv lichioruri)		Țuică și rachiuri de fructe		Spumante și spumoase		Bitter și vermut		Vinars (coniac)	
	în unități naturale mii hl	în hl alcool absolut	în unități naturale mii hl	în hl alcool absolut	în mgd	în hl alcool absolut	în mgd	în hl alcool absolut	mii butelii	în hl alcool absolut	mii litri	hl alcool absolut	mii litri	hl alcool absolut
1950	880	30 000	680	68 000	144 000	144 000	78 000	78 000						
1955	1 300	44 000	930	93 000	210 000	210 000	40 000	40 000						
1960	1 616	54 000	1 490	149 000	100 000	100 000	103 000	103 000	1 350	1 000	1 597	2 700	1 235	4 920
1965	2 653	88 000	2 070	207 000	158 000	158 000	159 000	159 000	3 320	2 500	14 014	24 000	2 811	9 240
1970	4 249	143 000	2 330	233 000	277 000	277 000	205 000	205 000	9 900	8 000	36 400	62 000	10 903	43 600
1975	7 237	245 000	2 610	261 000	306 000	306 000	269 000	269 000	16 300	13 500	20 000	37 000	13 449	53 800
1976	7 480	255 000	2 750	275 000	327 000	327 000	229 000	229 000	16 500	13 500	33 500	70 000	17 350	69 200
1977	7 479	255 000	2 910	291 000	337 000	337 000	261 000	261 000	19 200	17 000	29 200	64 000	14 500	58 000
1978	8 207	280 000	3 120	312 000	369 000	369 000	300 000	300 000	19 500	18 000	31 000	68 000	15 000	60 000
1979	9 729	340 000	3 050	290 000	390 000	390 000	245 000	245 000	22 000	19 000	34 500	80 000	16 000	64 000
1980	11 700	350 000	2 700	270 000	400 000	400 000	250 000	250 000	23 000	20 000	35 000	80 500	16 000	64 000

vatoare de pomi și vie ca: Maramureș, Hunedoara, Satu Mare, Mureș, Bihor, Cluj, Sibiu etc. În județele cu mari suprafețe de vii și pomi ca Vrancea, Vaslui, Galați, Gorj, Mehedinți ș.a. deși se consumă mai puține băuturi alcoolice din rețeaua comercială, totuși consumul real de alcool este ridicat.

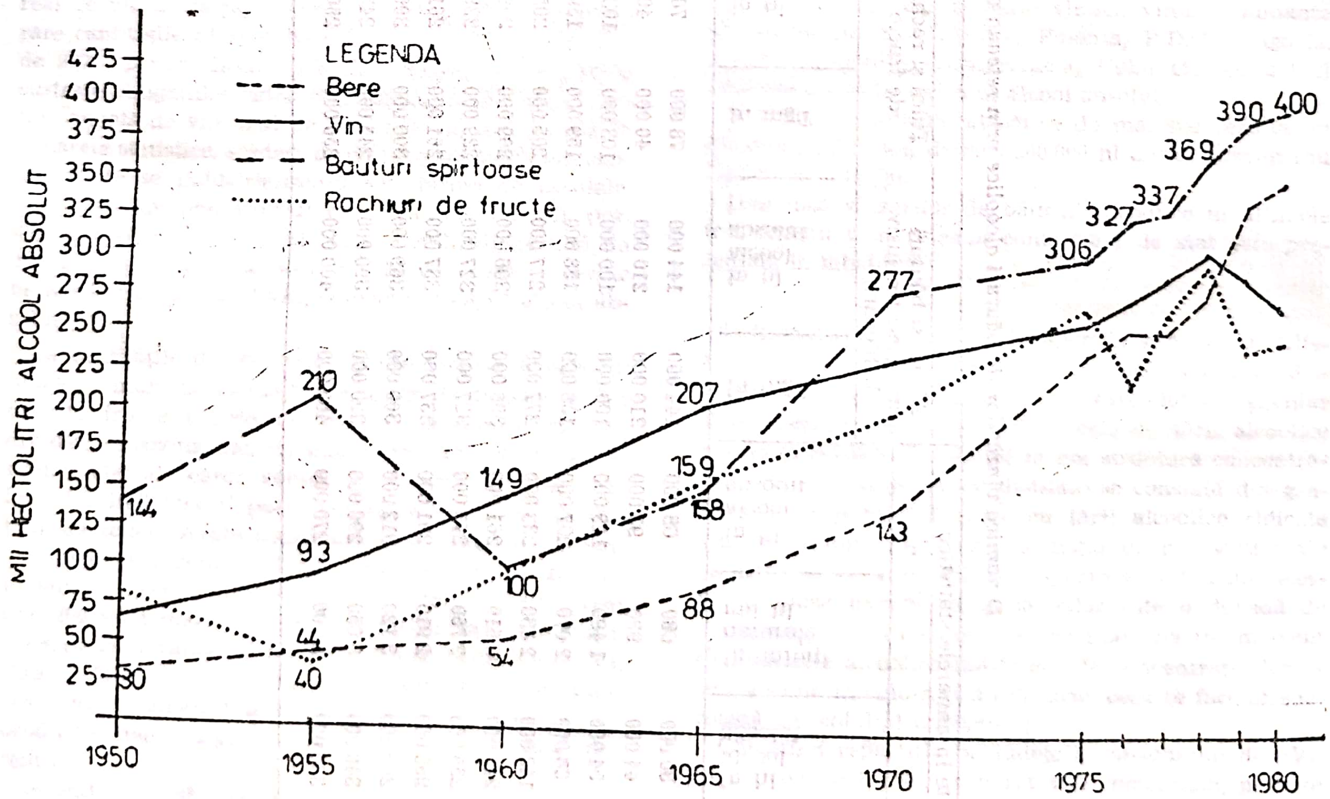
Întrucît se „fabrică clandestin" și se consumă băuturi alcoolice fermentate și distilate și din alte materii prime (zahăr, marmeladă, cereale, cartofi, sfeclă etc) am redat pe harta nr. 3 și repartiția consumului actual de zahăr/locuitor/an pe județe, din care rezultă că județele care au cel mai mare consum de băuturi alcoolice distilate din rețeaua comercială au și cel mai mare consum de zahăr: Harghita (25 kg), Covasna (24 kg), Satu Mare (43 kg), Sibiu și Sălaj (21 kg) etc. județe care au foarte puțin dezvoltată viticultura și pomicultura.

În județele viticole, unde se știe că zahărul se folosește la prepararea băuturilor casnice fermentate, cantitățile de zahăr livrate populației sînt mai mici. Acest fapt ne întărește convingerea că în județele cu consum ridicat de zahăr, proporția ce se folosește la fabricarea băuturilor alcoolice distilate este îngrijorătoare.

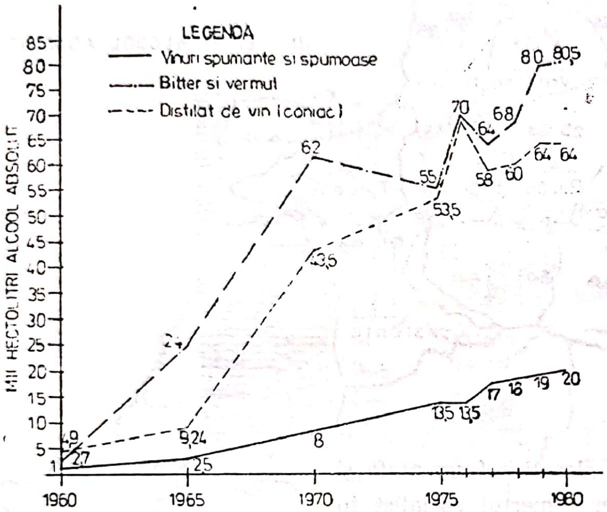
Un alt pericol ce amenință sănătatea unei categorii din ce în ce mai numeroase de consumatori îl reprezintă creșterea continuă a livrărilor de spirt medicinal, care în cursul ultimului deceniu a crescut de cca. 2,5 ori. Este greu de explicat de ce în județele care dispun de vin și rachiuri de fructe ca: Vrancea, Olt, Teleorman, Dolj, Alba se folosește 0,2—0,3 l pe locuitor/an, iar în județele Tulcea, Hunedaora, Brașov, Maramureș, Satu Mare ș.a. se cumpără de populație pe an 0,6 pînă la 1 l (exceptînd județul Constanța unde turiștii folosesc mult spirt medicinal pe plajă), decît prin aceea că o parte din acesta se consumă de romi, de muncitorii forestieri ș.a. În aceste județe acest produs, datorită numeroaselor solicitări, este la mare preț (Graficul 4).

Sîntem încredințați că situația prezentată va contribui la o mai bună cunoaștere a implicațiilor medico-sanitare și socio-economice a etilismului din țara noastră. Modestele date prezentate considerăm că au numai menirea de a atrage atenția asupra genezei și evoluției acestei grave probleme. Ele vor genera, credem, studii și cercetări mai ample, și vor stimula, sperăm, interes pentru prevenirea și combaterea alcoolismului.

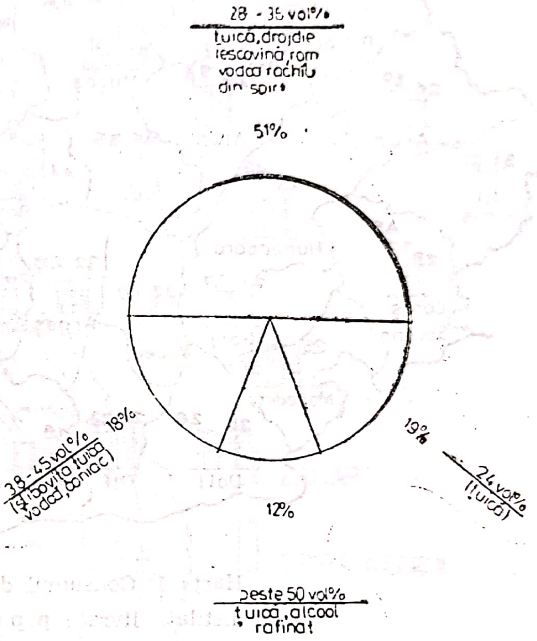
Lărgirea frontului preocupărilor științifice, sociale și economice precum și lupta împotriva etilocrației constituie un îndemn și o chemare față de semenii noștri, robiți acestui viciu, față de care trebuie să avem numai sentimente de compasiune, conștiința noastră socialistă obligîndu-ne să militām pentru salvarea lor.



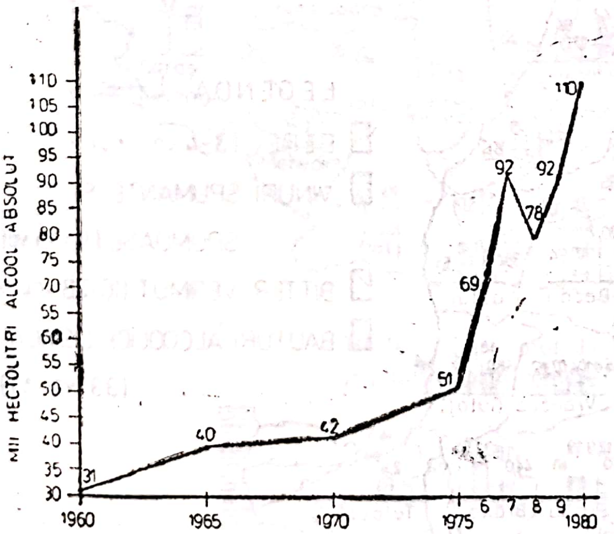
Graficul 1. Dinamica livrării de băuturi alcoolice prin comerțul socialist



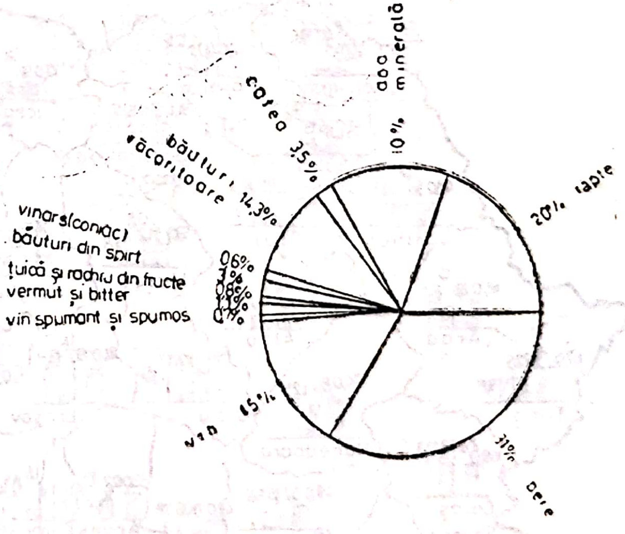
Graficul 2. Dinamica livrării de băuturi alcoolice prin comerţul socialist



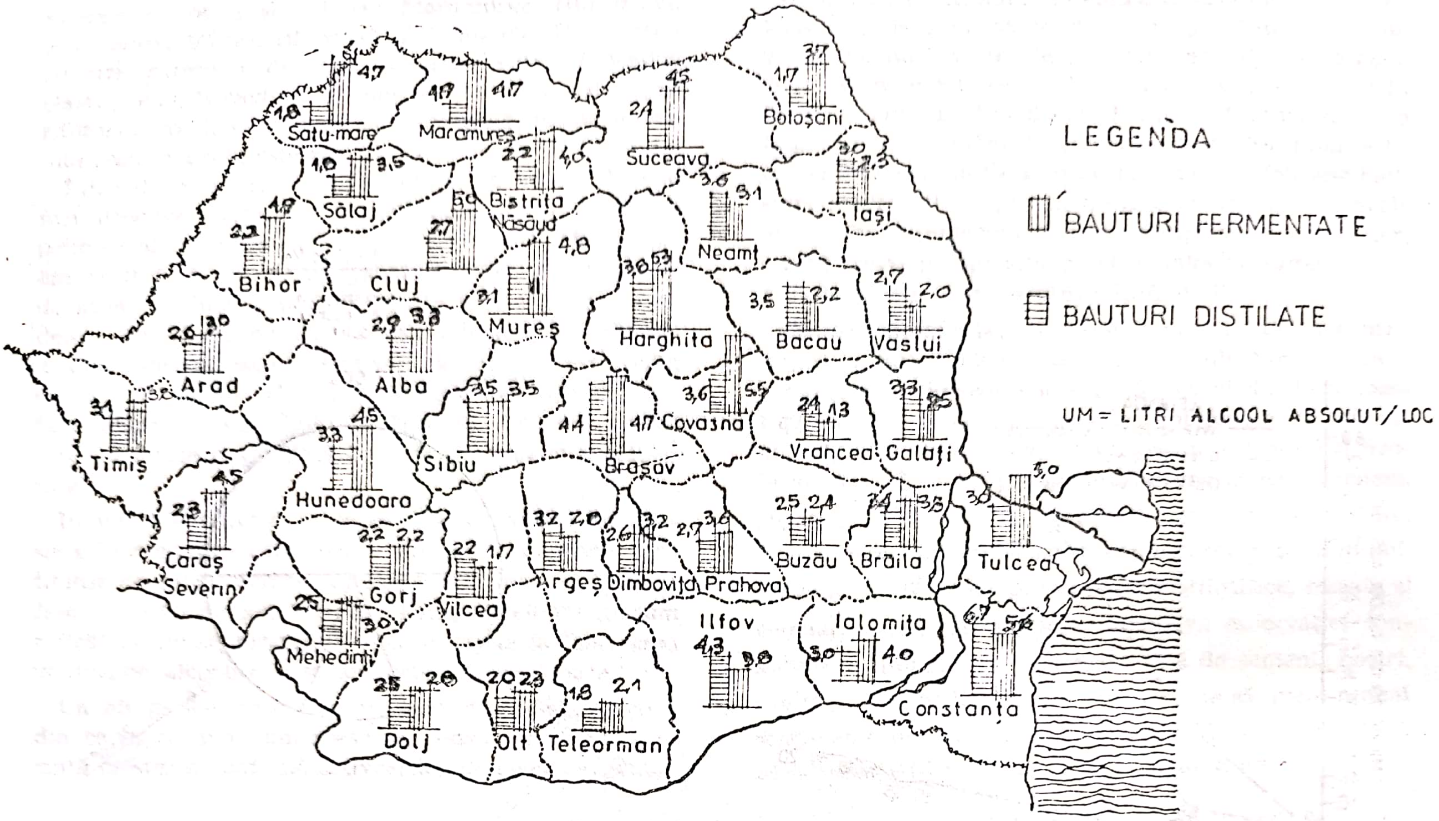
Graficul 3. Concentraţiile băuturilor alcoolice distilate livrate populaţiei prin comerţul socialist (1975—1978)



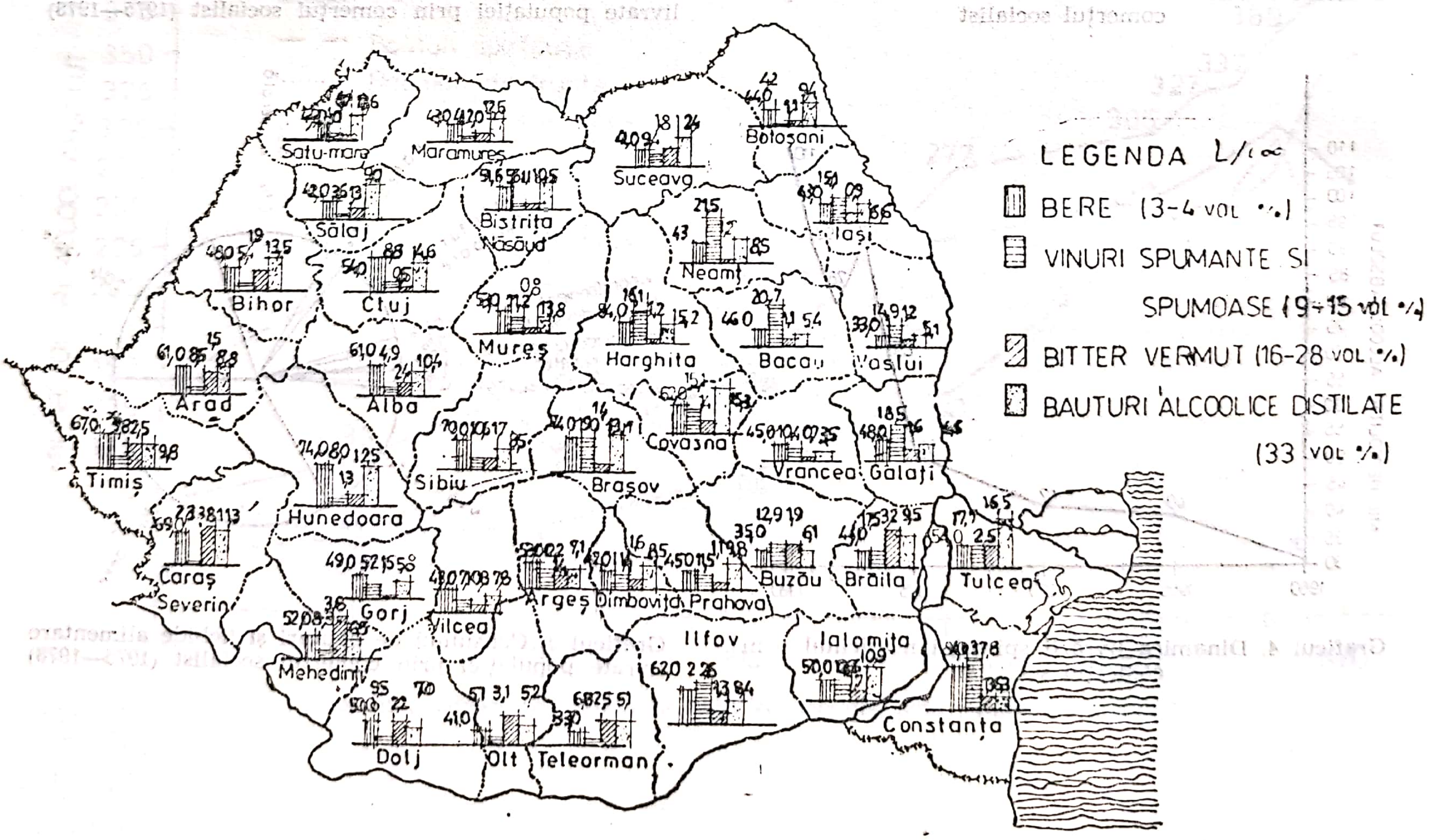
Graficul 4. Dinamica livrării spirtului medicinal prin comerţul socialist



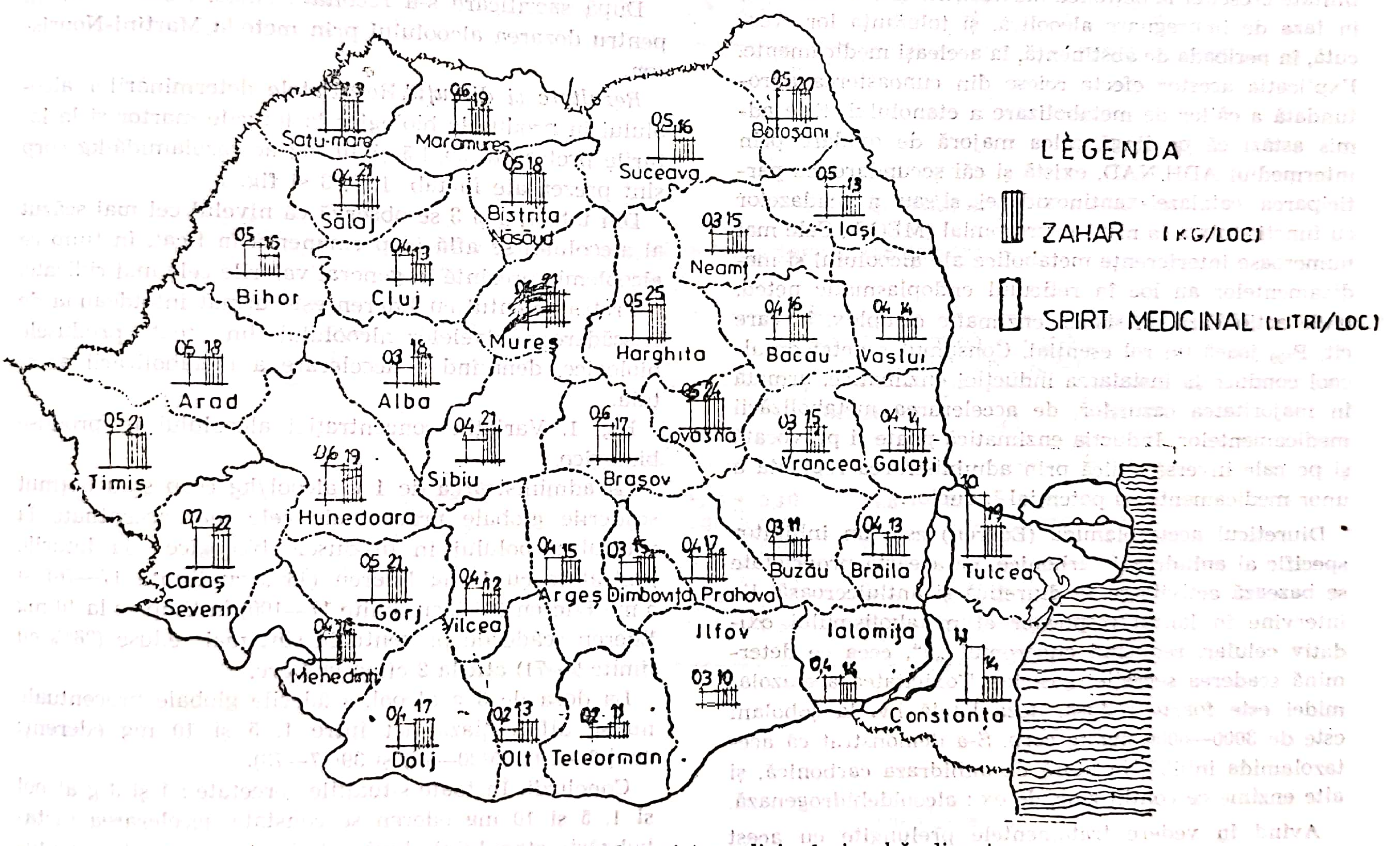
Graficul 5. Consumul de băuturi şi lichide alimentare livrate populaţiei prin comerţul socialist (1975—1978)


LEGENDA
BAUTURI FERMENTATE
BAUTURI DISTILATE
UM = LITRI ALCOOL ABSOLUT/LOC
Satu-mare 1,8 4,7
Maramureș 4,7 4,7
Suceava 2,1 4,5
Botoșani 1,7 3,7
Iași 3,0 3,3
Sălaj 1,0 3,5
Bistrița Năsăud 2,2 4,0
Bihor 2,3 4,8
Cluj 2,7
Mureș 3,1 4,8
Neamț 3,6 5,1
Harghita 3,0 5,3
Bacău 3,5 2,2
Vaslui 2,7 2,0
Arad 2,6 3,0
Alba 2,9 3,3
Timiș 3,1
Sibiu 3,5 3,5
Hunedoara 3,3 4,5
Brașov 4,4 4,7
Covasna 3,6 5,5
Vrancea 2,4 1,3
Galați 3,3 3,5
Caraș Severin 2,3 4,5
Tulcea 3,0 5,0
Gorj 2,2 2,2
Vîlcea 2,2 1,7
Argeș 3,2 2,0
Dîmbovița 2,6 3,2
Prahova 2,7 3,6
Buzău 2,5 2,4
Brăila 3,4 3,3
Mehedinți 2,5 3,0
Dolj 2,5 2,0
Olt 2,0 2,3
Teleorman 1,8 2,1
Ilfov 4,3 3,8
Ialomița 3,0 4,0
Constanța 6,7 5,6

Harta 1. Consumul de băuturi alcoolice fermentate și distilate livrate populației prin comerțul socialist în anul 1980.


LEGENDA L/loc
BERE (3-4 vol %)
VINURI SPUMANTE SI SPUMOASE (9÷15 vol %)
BITTER VERMUT (16-28 vol %)
BAUTURI ALCOOLICE DISTILATE (33 vol %)
Satu-mare
Maramureș
Suceava
Botoșani
Iași
Sălaj
Bistrița Năsăud
Bihor
Cluj
Neamț
Mureș
Harghita
Bacău
Vaslui
Arad
Alba
Covasna
Timiș
Hunedoara
Sibiu
Brașov
Vrancea
Galați
Caraș Severin
Gorj
Vîlcea
Argeș
Dîmbovița
Prahova
Buzău
Brăila
Tulcea
Mehedinți
Ilfov
Ialomița
Constanța
Dolj
Olt
Teleorman

Harta 2. Consumul de băuturi alcoolice livrate populației în anul 1980 prin comerțul socialist.


LEGENDA
ZAHAR (KG/LOC)
SPIRT MEDICINAL (LITRI/LOC)
23
Satu-mare
06 19
Maramures
05 16
Suceava
05 20
Botoşani
04 21
Sălaj
05 18
Bistrita Năsăud
05 13
Iaşi
03 15
Neamţ
05 16
Bihor
04 13
Cluj
04 21
Mureş
05 25
Harghita
04 16
Bacau
04 14
Vaslui
05 18
Arad
03 18
Alba
05 24
Covasna
05 21
Timiş
04 21
Sibiu
06 17
Braşov
03 15
Vrancea
04 14
Galaţi
06 19
Hunedoara
07 22
Caraş Severin
10 19
Tulcea
03 11
Buzău
04 13
Brăila
05 21
Gorj
04 12
Vîlcea
04 15
Argeş
03 15
Dîmboviţa
04 17
Prahova
04
Mehedinţi
03 10
Ilfov
04 14
Ialomiţa
11 14
Constanţa
04 17
Dolj
02 13
Olt
02 11
Teleorman

Harta 3. Consumul de spirt medicinal şi zahăr livrate populaţiei prin comerţul socialist (1980).

INTERFERENŢA ACETAZOLAMIDEI (EDEREN) ÎN METABOLIZAREA ETANOLULUI

Maria Proca, M. Cotrău, Elena Butnaru
— *Iaşi*

Interferenţa dintre etanol şi medicamente a fost observată de multă vreme. Ea se manifestă : fie prin modificarea răspunsului SNC la medicament sub acţiunea alcoolului, fie prin interferarea alcoolului în diferite etape metabolice ale medicamentului.

Astfel, alcoolul este excitant sau deprimat al SNC, în funcţie de doză. În doze mari el potenţează efectul anestezicelor generale, tranchilizantelor, etc. Deasemenea apar şi efecte aparent paradoxale şi anume o sensibilitate crescută la acţiunea medicamentelor a etilicilor, în faza de impregnare alcoolică, şi toleranţa lor crescută, în perioada de abstinenţă, la aceleaşi medicamente. Explicaţia acestor efecte reiese din cunoaşterea aprofundată a căilor de metabolizare a etanolului. Este admis astăzi că pe lîngă calea majoră de oxidare prin intermediul ADH/NAD, există şi căi secundare, cu participarea catalazei-xantinoxidazei şi/sau a oxidazelor cu funcţie mixtă la nivel microzomial (MEOS). Cele mai numeroase interferenţe metabolice ale alcoolului şi medicamentelor au loc în reticulul endoplasmatic neted, unde acţionează un sistem enzimatic complex, în care cit. P_{450} joacă un rol esenţial. Consumul repetat de alcool conduce la instalarea inducţiei enzimatice. urmată în majoritatea cazurilor, de accelerarea metabolizării medicamentelor. Inducţia enzimatică poate fi provocată şi pe cale inversă, adică prin administrarea repetată a unor medicamente cu potenţial inductor.

Diureticul acetazolamida (Ederen) este un inhibitor specific al anhidrazei carbonice, pe această proprietate se bazează activitatea sa diuretică şi antiulceroasă. Ea intervine în lanţul respirator al metabolismului oxidativ celular. reducînd citocromul „a“, ceea ce determină scăderea secreţiei gastrice. Toxicitatea acetazolamidei este foarte redusă, doza letală i.v. la şobolani este de 3000—6000 mg/kg corp. S-a demonstrat că acetazolamida inhibă, în afară de anhidraza carbonică, şi alte enzime ce conţin zinc, de ex : alcooldehidrogenază.

Avînd în vedere tratamentele prelungite cu acest medicament ne-am propus să urmărim eventuala acţiune de inductor enzimatic a acetazolamidei. Inducţia s-ar traduce printr-o accelerare a metabolizării etanolului, în urma proliferării reticulului endoplasmatic, responsabil de metabolizarea pe calea secundară, cunoscută sub numele de MEOS.

Material şi metodă. Experimentul a fost condus pe 8 loturi de cîte 14 şobolani albi, masculi, în greutate de 200 ± 5 g care au primit tratamentul următor : 1. Două loturi au primit alcool de 40° (g/v) într-o doză unică de 1 g şi respectiv 3 g/kg corp. constituind loturile martor ; 2. Două loturi au primit acetazolamidă 1 mg/kg corp timp de 5 zile, iar a 6-a zi li s-a administrat numai etanol 1 g şi respectiv 3 g/kg corp ; 3. Două loturi au primit acetazolamidă 5 mg/kg corp timp de 5 zile, iar a 6-a zi li s-a administrat numai alcool 1 g şi respectiv 3 g/kg corp ; 4. Două loturi au primit acetazolamidă 10 mg/kg corp timp de 5 zile, iar a 6-a zi li s-a administrat numai alcool 1 g şi respectiv 3 g/kg corp.

Acetazolamida a fost administrată „per os“ cu sonda, timp de 5 zile în vederea producerii unei eventuale inducţii enzimatice. Etanolul 1 şi 3 g/kg corp administrat în ziua a 6-a era destinat urmăririi ratei sale de metabolizare, după pretratament cu acetazolamidă.

Animalele au fost sacrificate la timpi diferiţi de administrare — 2 şi 4 ore — în scopul stabilirii dinamicii de metabolizare a etanolului.

După sacrificare s-a recoltat : sînge, ficat şi rinichi pentru dozarea alcoolului prin metoda Martini-Nourisson.

Rezultate şi discuţii Rezultatele determinărilor alcoolului în produsele biologice la loturile martor şi la loturile pretratate cu 1,5 şi 10 mg acetazolamidă/kg corp sînt prezentate în tab. 1, 2, 3 şi fig. 1

Din tab. 1, 2 şi 3 se observă că nivelul cel mai scăzut al alcoolului se află în permanenţă în ficat, în timp ce alcoolemia prezintă în general valorile cele mai ridicate.

Pretratamentul cu Ederen este urmat întotdeauna de o scădere a nivelelor alcoolului din toate produsele biologice, denotînd o accelerare a metabolizării acestuia.

Fig. 1. Variaţia concentraţiei alcoolului în produse biologice.

La administrarea de 1 g alcool/kg corp s-au obţinut scăderile globale procentuale cele mai accentuate la nivelul alcoolului în produsele biologice la loturile pretratate cu 1 mg Ederen (43% cu limite 17—76) şi 5 mg Ederen (66% cu limite 17—100) în timp ce la 10 mg Ederen scăderile procentuale sînt mai reduse (28% cu limite 2—71) atît la 2 cît şi la 4 ore.

La doza de 3 g alcool. scăderile globale procentuale nu se diferenţiază net între 1, 5 şi 10 mg ederenţ: 40(+8—79), 45(20—77) şi 39(17—73).

Concluzii. În toate situaţiile cercetate : 1 şi 3 g alcool şi 1, 5 şi 10 mg ederen se constată accelerarea metabolizării etanolului după administrarea medicamentului. — La dozele de 1 g alcool efectul accelerator creşte de la 1 mg la 5 mg Ederen la toate cele 3 produse biologice, în schimb la 10 mg Ederen efectul este mai redus în special la sînge, tendinţe ce se observă şi la doza de 3 g alcool, dar cu diferenţe mult mai mici între cele 3 doze Ederen. Rezultatele indică o uşoară acţiune inductoare a Ederenului în doze de 1 şi 5 mg/kg corp la administrarea de 1 g alcool/kg corp.

The action of acetazolamide diuretic (EDEREN) as an enzymatic inductor was followed up, experimentally. In all the investigated situations — 1 and 3 g alcohol/kg body and 1 ; 5 ; 10 mg EDEREN/kg — after the drug administration an acceleration of ethanol metabolism was noticed. The results indicate a slight inductive action of EDEREN in doses of 1 and 5 mg/kg body, when 1 g ethanol/kg was administered.

Tabelul nr. 1

Variația concentrației etanolului după pretratament cu acetazolamidă 1 mg/kg corp

Etanol adm. g‰	Produs biologic	Martor — Etanol 40% (g/v)		Acetazolamidă 1 mg/kg corp + Etanol 40% (g/v)			
		2 h	4 h	2 h	Scăderea %	4 h	Scăderea %
1	Sînge	0,65 ± 0,18	0,24 ± 0,07	0,51 ± 0,12	21,5	0,20 ± 0,04	16,6
	Ficat	0,43 ± 0,15	0,21 ± 0,10	0,23 ± 0,045	46,5	0,05 —	76,2
	Rinichi	0.68 ± 0,21	0,30 ± 0,13	0,32 ± 0,16	53,0	0.01 —	96,7
3	Sînge	2,28 ± 0,30	0,76 ± 0,53	2,09 ± 0,28	8,4	0,16 ± 0,04	79,0
	Ficat	1,46 ± 0,55	0,55 ± 0,31	1,58 ± 0,29	+8,2	0,14 ± 0,003	75,4
	Rinichi	1.56 ± 0,59	1,37 ± 0,57	1,40 ± 0,37	10,0	0,30 ± 0,22	78,2

Tabelul nr. 2

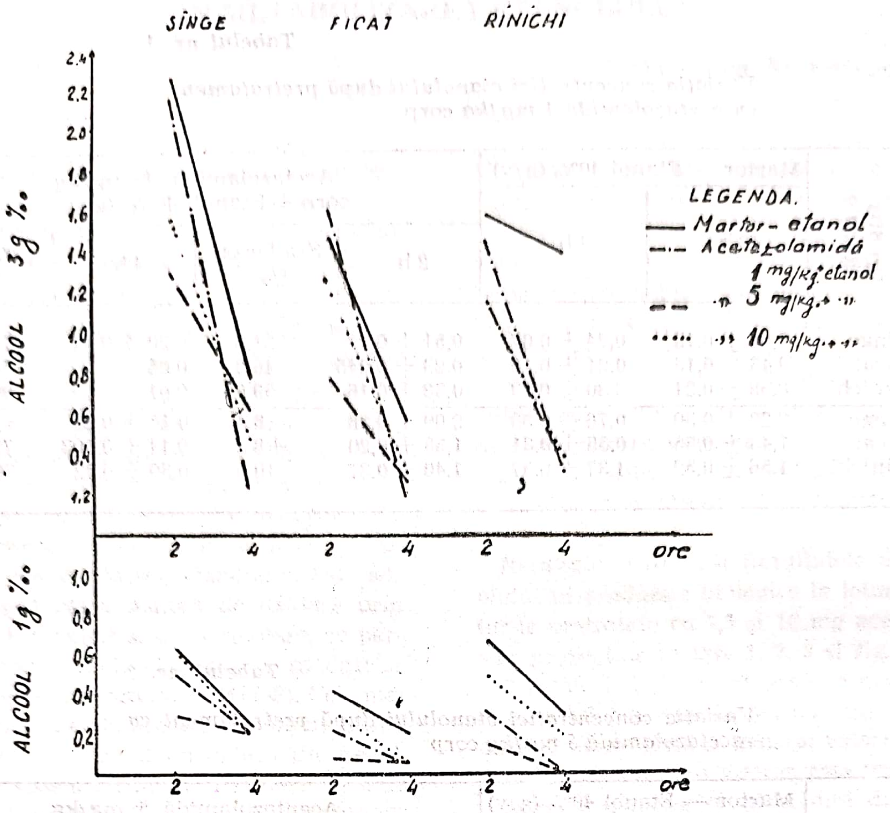
Variația concentrației etanolului după pretratament cu acetazolamidă 5 mg/kg corp

Etanol adm. g‰	Produs biologic	Martor — Etanol 40% (g/v)		Acentazolamidă 5 mg/kg corp + Etanol 40% (g/v)			
		2 h	4 h	2 h	Scăderea %	4 h	Scăderea %
1	Sînge	0,65 ± 0,18	0,24 ± 0,07	0,30 ± 0,10	53,8	0,20 ± 0,05	16,6
	Ficat	0,43 ± 0,15	0,21 ± 0,10	0,08 ± 0,07	81,3	0,06 ± 0,015	71,4
	Rinichi	0,68 ± 0,21	0,30 ± 0,13	0,16 ± 0,016	76,5	0	100
3	Sînge	2,28 ± 0,30	0,76 ± 0,53	1,28 ± 0,53	43,9	0,61 ± 0,30	19,8
	Ficat	1,46 ± 0,55	0,55 ± 0,31	0,77 ± 0,30	47,2	0,25 ± 0,27	54,5
	Rinichi	1,56 ± 0,59	1,37 ± 0,57	1,15 ± 0,34	26,2	0,32 ± 0,20	76,6

Tabelul nr. 3

Variația concentrației etanolului după pretratament cu acetazolamidă 10 mg/kg corp

Etanol adm. g‰	Produs biologic	Martor — Etanol 40% (g/v)		Acetazolamidă 10 mg/kg corp + Etanol 40% (g/v)			
		2 h	4 h	2 h	Scăderea %	4 h	Scăderea %
1	Sînge	0,65 ± 0,18	0,24 ± 0,07	0,64 ± 0,19	1,5	0,41 ± 0,04	12,5
	Ficat	0,43 ± 0,15	0,21 ± 0,10	0,33 ± 0,10	24,2	0,06 —	71,4
	Rinichi	0,68 ± 0,21	0,30 ± 0,13	0,50 ± 0,19	25,4	0,20 ± 0,02	33,3
3	Sînge	2,28 ± 0,30	0,76 ± 0,53	1,56 ± 0,50	31,5	0,46 ± 0,09	39,4
	Ficat	1,46 ± 0,55	0,55 ± 0,31	1,20 ± 0,47	17,7	0,30 ± 0,07	45,4
	Rinichi	1,56 ± 0,59	1,37 ± 0,57	1,14 ± 0,55	27,0	0,47 ± 0,35	73,0



PRODUCȚIA, NATURA ȘI CALITATEA BĂUTURILOR ALCOOLICE CA FACTORI DETERMINANȚI AI ALCOOLISMULUI

I. Gonțea **Al. I. Ionescu**
— *București*

In cadrul profilaxiei alcoolismului, asupra agentului (etanol) se poate acționa fie prin îndepărtarea lui (*sublata causa tollitur effectus*), fie prin reducerea disponibilului și a dozei (cantității) ingerate, precum și prin atenuarea agresivității (patogenității) lui.

Analizînd vînzările și natura băuturilor alcoolice livrate prin rețeaua comercială de stat din țara noastră (tabelul 1) se constată că în perioada 1970—1974 volumul acestora a crescut pentru toate produsele, însă sporurile sînt inegale și disproporționate. În timp ce pentru băuturile bogate în etil alcool vînzările au crescut cu 48—124% și pentru bitter cu 232% (numai în 4 ani), pentru vin creșterea a fost numai de 27% și pentru bere de 30%. Dacă la această deosebire se mai adaugă faptul că la noi tăria alcoolică a băuturilor distilate variază între 24 și 50 vol.% și că, cele al căror conținut în etanol este cuprins între 35 și 50 vol ±, reprezintă peste 50% din totalul acestor produse livrate consumatorului, se înțelege măsura în care producția concură la extinderea alcoolismului.

Pentru a cunoaște mai exact consumul total de etanol se impune ca la cantitățile vîndute prin rețeaua comerțului de stat să se adauge și cel provenit din producția proprie a viticultorilor și pomicultorilor de pe loturile în folosință personală sau din zonele necooperativizate ce au drept la așa numitele „tainuri“ (scutite de impozit). Conform legislației în vigoare această sursă reprezintă 200 l. vin și 80 l. rachiu de fructe (calculat la concentrația alcoolică de 24 vol. % pentru fiecare producător). Raportînd aceste cantități la totalul populației viti-pomicole, acestea pot fi estimate la cca. 3 mil. hl. vin și cca. 400.000 hl. alcool absolut sub formă de rachiuri. La aceste cantități, pentru a avea o imagine cît mai fidelă a consumului de alcool de la noi, trebuie să adaugăm și alcoolul consumat din băuturile preparate empiric și ilicit din alte materii prime (cereale, sfeclă, zahăr, marmeladă etc.) în instalații improvizate a căror toxicitate este mult mai ridicată.

Tabelul 1. Evoluţia vînzării diferitelor băuturi alcoolice prin reţeaua comercială de stat din R.S.R. în perioada 1970—1975.

Nr. crt.	Denumirea băuturii alcoolice	Unitatea de măsură	ANII 1970	1972	1974	Creşterea %
1.	Bere	mii hl.	4241	4978	6228	30
2.	Vinuri	mii hl.	2336	2340	2600	27
3.	Vinuri spumante (şampanie)	mii butelii	1103	1400	1800	63
4.	Vinuri spumoase (gazeificate)	mii butelii	8665	8172	12665	48
5.	Vermut	mii lt.	34630	36000	27000	—
6.	Bitter	mii lt.	—	2083	6626	232
7.	Distilat învechit de vin (vinars=coniac)	mii lt.	9108	12656	20200	122
8.	Ţuică şi rachiuri naturale	hl. alc. abs.	174000	216900	264400	50
9.	Băuturi din spirt, inclusiv spirt rafinat şi lichioruri	hl. alc. abs.	277000	273800	306200	8

Întrucît rolul băuturilor alcoolice în flagelul alcoolismului este diferit, în funcţie de concentraţia lor în etanol, în tabelul II se compară consumul acestora în R.S.R. şi Franţa în aceeaşi perioadă (datele de la noi se referă numai la vînzările prin reţeaua comercială de stat).

Din datele menţionate în acest tabel rezultă că în Franţa băuturile cu concentraţie alcoolică ridicată reprezintă numai 15,5%, pe cînd la noi proporţia acestora s-a ridicat la 57,8%. De altfel în ţara noastră, în ultima vreme, se constată creşterea progresivă a producţiei de băuturi al căror conţinut în etanol variază între 45 şi 50 vol. % (ex. Ţuica de Turţ, de Zalău, Horinca, Gin extra, Rachiu Dealul Feleacului, Gin sec, Drobeta. Spumă de Drojdie etc.) şi a celor cu 40 vol. % (ex. Rachiu Dumbrava. Roua Carpaţilor etc.) Consumul distilatelor învechite din vin (vinars-uri) a căror tărie alcoolică este de 38—43 vol. % a crescut de la 1,3 mil. l în 1960 la 20,2 mil. l în 1974 ceea ce a făcut ca într-o scurtă perioadă, să devenim — pentru această băutură alcoolică — una din ţările cu cel mai mare consum anual pe locuitor. Merită să fie menţionat că în nici o ţară din lume nu se valorifică sub această formă 10—15% din cantitatea de vin produsă, care este o băutură de bază pentru economia naiţonală.

Tabelul II. Cansumul unor băuturi alcoolice în R.S.R. comparativ cu cele din Franţa în aceiaşi perioadă (1970—1974).

Ţara	Denumirea băuturii alcoolice	Consumul mediu în l/locuitor	Tăria alcoolică medie a băuturii	Total alcool absolut în litri	% din totalul alcoolului consumat
R.S.R.	Vin	12	10,5°	1,26	23
	Bere	35	3,4°	1,19	22
	Cidru	—	—	—	—
	Aperitive şi rachiuri	—	18—50°	3,00	55
	TOTAL			5,45	100
Franţa	Vin	115	11°	12.6	67,7
	Bere	40	4°	1,6	8,8
	Cidru	25	6°	1,5	8,3
	Aperitive şi rachiuri	—	18—45°	2,3	15,2
	TOTAL			18,0	100

(*) Datele pentru R.S.R. se referă numai la vînzările prin reţeaua comercială de stta.

Prezenţa de substanţe dăunătoare neetanolice. Întrucît efectele abuzului de băuturi alcoolice nu se datoresc numai acţiunii excesului de etanol, ci şi altor substanţe care apar sau se adaugă în cursul procesluui tehnologic (arome, conservanţi etc.) sau care sînt cedate de utilaje necorespunzătoare şi contaminează produsele, pentru evitarea agravării nocivităţii acestora şi apariţiei de intoxicaţii, se impune controlul băuturilor. Aceasta se face prin determinarea substanţelor respective, supravegherea preparării astfel încît concentraţia în băutura livrată consumatorului să nu depăşească anumite limite. Numeroase analize de control făcute în ultimele 2 decenii atît în laboratorul de Chimie şi Toxicologie al Institutului de Igienă şi Sănătate Publică din București, cît și în unele din laboratoarele respective, aparținînd Inspectoratelor Sanitare de Stat din țară, au constatat că multe din probele de băuturi analizate conțin substanțe nocive (organice și anorganice) în cantități care depășesc limita maximă admisă de legislația sanitară, iar cantitățile găsite pentru unele dintre acestea în băuturile distilate artizanal, în instalații improvizate, pot atinge concentrații direct dăunătoare (ex. plumbul în țuica și rachiul de fructe). Pentru alte băuturi nocivitatea poate fi amplificată fie prin adăugarea de conservanți sau aromatizanți, fie prin degradarea produsului (în cazul băuturilor alcoolice fermentate). Este de multă vreme cunoscută afinitatea esenței de absint (pelin) pentru sistemul nervos central și sensibilitatea lui față de acest aromatizant natural (care conține terpene și absintol). Datorită puternicii acțiuni excitante urmată de torpoare, starea de ebrietate consecutivă a abuzului de vin pelin sau a lichiorului de absint, se însoțește de convulsii clonice și se consideră, fără a se fi dovedit, că această esență are rol important în apariția formelor epileptiforme ale alcoolismului cronic. Pentru a cunoaște și interpreta mai exact nocivitatea băuturilor alcoolice distilate din țara noastră în tabelul III, prezentăm ca valori de referință, limitele pentru unele substanțe neetanolice stabilite de Comitetul Experților din Comunitatea Economică Europeană (C.E.E.), iar în tabelul IV, redăm rezultatele obținute în Laboratorul pentru analiza băuturilor din Strada Banului al M.A.I.A. printr-un studiu efectuat pe aproape 1000 de probe rezultate din sectorul particular și rețeaua de vînzare în perioada 1970—1972.

Tabelul III. Limitele unor substanțe neetanolice acceptate de Comunitatea Economică Europeană (C.E.E.) pentru băuturile alcoolice distilate (în grame per hl. absolut)

Natura băuturilor alcoolice	Acizi	Esteri	Aldehide	Alc. sup.	Furfurol	Alc. met.	Acroleina	Acid cianhidric
	Exprimate sub formă de :							
	Acid	Acetat de etil	Acetaldehidă	Alc. izobutilic				
Distilat de vin	max. 100	min. 50	5— 50	100—400	max. 2	max. 200	max. 0,2	—
Rachiu de tescovină	max. 100	min. 100	50—150	100—400	max. 2	max. 200	max. 0,2	—
Rachiu de semințoase (mere, pere, gutui)	max. 150	min. 50	max. 150	100—400	max. 10	100—1600	max. 0,2	—
Rachiuri de sîmburoase (prune, pere, caise,	max. 200	200—700	max. 50	100—400	max. 2	500—1200	max. 0,2	max. 12
cireșe, vișine	max. 200	300—900	max. 50	100—400	max. 2	400—1000	max. 0,2	max. 12
căpșuni, fragi, fructe de pădure.	max. 150	200—700	max. 50	100—400	max. 2	400—1000	max. 2	—

În cadrul acțiunii de prevenire a extinderii și agravării alcoolismului la noi, cele expuse îndreptățesc următoarele măsuri :

a. Renunțarea la fabricarea de băuturi alcoolice distilate „speciale“, „fine“ sau „extrafine“ al căror conținut în etilalcool este de minimum 45 vol.%.

b. Reducerea concentrației maxime a etanolului în băuturile alcolice distilate de la 50 la 40 vol.%, iar pentru bitter aceasta să nu depășească 20—22 vol. %. (în Franța este și de 18 vol. %).

c. Proporția băuturilor distilate a căror tărie alcoolică depășește 30 vol. % să reprezinte max. 25% din totalul băuturilor alcoolice distilate, livrate pe piață de către întreprinderile producătoare.

d. Distribuirea și repartizarea băuturilor alcoolice distilate din fondul central să fie aprobate de o comisie alcătuită din reprezentanți ai mai multor instituții interesate : C.S.P. ; M.A.I.A. ; M.F. ; M.C.I. ; M.M. ; M.A.I. ; etc. așa cum era prevăzut în vechea legislație.

e. Denaturarea mai accentuată a alcoolului sanitar pentru a face imposibilă consumarea lui ca băutură și reconsiderarea cantităților livrate pe piață.

f. Limitarea desfacerii de alcool rafinat, mai ales în ambalaje mari, pentru evitarea folosirii lui la fabricarea de rachiuri bogate în etanol.

g. Indiferent de destinația lor, băuturile alcoolice distilate să fie monopol de stat și să se producă numai în întreprinderi autorizate în acest scop.

h. Separarea producerii alcoolului etilic fabricat din materii prime agricole de cel obținut din alte materii prime și utilizarea pentru consum numai a celui alimentar.

i. Sporirea producției și mai ales îmbunătățirea calității și a condițiilor de păstrare și livrare a berei și vinului.

j. Controlul și supravegherea instalațiilor de distilare ale statului și a celor autorizate, pentru a preveni producerea unor rachiuri cu cantități mari de componenți toxici de origine organică sau anorganică.

l. Interzicerea funcționării instalațiilor de distilare clandestine sau artizanale ; confiscarea și distrugerea acestora și reprimarea mai severă a acestor infracțiuni.

m. Interzicerea fabricării de băuturi alcoolice fermentate din drojdie, tescovină, fructe diferite etc., prin adaus de zaharuri fermentescibile, glucoză, marmeladă, etc., sau din alte materii prime, precum și limitarea cantităților de zahăr pe care le pot deține proprietarii de vii și livezi.

n. Creșterea producției și lărgirea sortimentului de băuturi nealcoolice, sau al căror conținut în etanol este redus (1—2%), acestea urmînd a fi livrate atît în ambalaje mici cît și în mari, care să permită consumul lor nu numai la chioșcuri ci și în familie, — atrăgătoare ca prezentare.

o. Restrîngerea rețelei magazinelor de desfacere a băuturilor alcoloice distilate în conformitate cu prevederile legislației în vigoare.

Tabelul IV. Concentraţia unor substanţe neetanolice în cîteva băuturi distilate fabricate în R.S.D. (în grame pentru 100 hl. alcool absolut) analizate la laboratorul Banului.

Natura băuturilor alcoolice	Nr. de probe	ORGANICE							ANORGANICE				
		Aciditate în acid acetic	Esteri (în acetat de etil)	Aldehide (în acet aldehida)	Alcooli superiori (în alcool izobutilic)	Furfurol	Alc. metilic	Acid cianhidric	Nr. de probe	Plumb. în mmg. /litru	Zn. mg/l.	Cu. mg/l.	Fe. mg/l.
Distilate crude de vin									135	140—22000 510	—	18 3—84	3,5 0,2—17
Distilate învechite de vin (vinars-uri)	180	220 80— 620	230 100—410	36 15—172	320 180—530	2,2 0,7—7,2	270 180— 670	max. 12	35	330 50—12000	—	8 1—30	1,2 0,4—12
Ţuici	223	460 80—1450	410 80—830	27 8— 78	310 90—820	2,6 1,6—5,3	840 310—1880	0	155	730 150—30000	3,5 0,3—17,0	5 2—38	3,5 0,8—64
Rachiuri de drojdie	52	320 170— 580	340 130—630	38 20—141	330 170—730	2,3 0,7—3,8	750 150—1240	0	46	750 136—31000	4,2 0,2—19,0	11 3—42	4,1 0,3—24
Rachiuri de tescovină	33	430 238— 880	480 280—860	36 22—112	330 170—930	2,3 0,9—3,9	1180 430—1950	0	15		2,8 0,3—22.0	6 3—42	2,5 0,3—18,0
Rachiuri de sîmburoase (caise, piersici, cireşe, vişine)	48	380 190— 670	430 280—800	26 6— 71	340 240—770	2.7 1,3—4,8	820 520—1380	max. 12					
Rachiuri de sămînţoase (mere, pere. gutui)	16	230 90— 480	400 80—590	16 5— 36	320 160—580	1,4 0,5—2,9	640 320—1140	0					

p. Interzicerea servirii de băuturi alcoolice distilate copiilor și tinerilor în localurile publice ca și a vînzării acestora în magazinele de desfacere.

Menționăm că majoritatea măsurilor propuse sînt prevăzute în Decretul nr. 76/1975, publicat în Buletinul Oficial nr. 73 din 15 iulie 1975 ; astfel : — recomandările de la pct. a, b, c, și f sînt incluse în dispozițiile articolului 10 care prevede „Ministerul Agriculturii și Industriei Alimentare va reexamina indicatorii de plan la băuturile cu concentrație alcoolică ridicată, în vederea reducerii acestora. De asemenea Ministeul Comerțului Interior va lua măsuri pentru reducerea desfacerii prin rețeaua comercială a acestor băuturi ; — recomandarea de la punctul n este inclusă în dispoziția art. 9 care prevede : „Ministerele.... vor elabora un program pentru sporirea și diversificarea producției și desfacerii de băuturi răcoritoare, sucuri de fructe și legume, nectaruri, siropuri, ape minerale...“ ; — recomandarea de la punctul o este inclusă în dispozițiile art. 4. care prevede „interzicerea vînzării și consumului de băuturi alcoolice de orice fel în : b) cofetării ; c) unități de vînzare a legumelor și fructelor ; — recomandările de 1 apct. j, 1 și m sînt prevăzute fie în Decretul nr. 504, privind fabricația rachiurilor din fructe, fie în Legea nr. 21/1971 a Viei și Vinului.

Respectarea strictă — în spiritul și litera lor — a prevederilor legale referitoare la reducerea consumului de băuturi alcoolice și îmbunătățirea calității celor ce se produc, completarea legislației actuale cu propunerile menționate, ca și cu altele ce se vor dovedi necesare, și inițierea unei propagande susținute și diversificate antialcoolice, vor constitui — fiecare în parte și toate la un loc — importante și extrem de utile „pîrghii“ în soluționarea acestei dificile și periculoase probleme, asupra căreia — în întreaga lume — se manifestă un consens unanim.

PREVEDERI PRIVIND COMBATEREA ALCOOLISMULUI ÎN LEGISLAȚIA ROMÂNEASCĂ DIN PERIOADA 1915—1936

Al. I. Ionescu, M. Coträu
București—Iași

Poate nici uneia dintre slăbiciunile noastre — în afara obișnuinței de a consuma băuturi alcoolice — nu i se potrivește mai bine dictonul latin„ uti, non abuti“ ! Pentru a preveni și împiedica abuzul mulți dintre oamenii de seamă ai omenirii s-au preocupat de legiferarea consumului de băuturi alcoolice : Licurg și Solon, Cristos și Mahomed, Calvin și Luther, fără a se reuși interzicerea lui, ci numai moderarea lui.

În epoca modernă în majoritatea țărilor s-a adoptat o bogată legislație pentru reglementarea consumului de băuturi alcoolice.

Deoarece, numai cunoașterea amănunțită și cu pasiune a trecutului, ne învață să deslușim întortochiatele căi ale viitorului, pentru a nu greși în alegerea dreptelor drumuri în fața cărora se ridică atîtea obstacole, confuzii și neclarități, vom spicui din bogata legislație din trecutul nostru aspecte referitoare la combaterea alcoolismului.

În perioada 1915—1936 în România au fost adoptate următoarele legi pentru reglementarea consumului de băuturi alcoolice : — legea pentru combaterea fraudelor în vinicultură și în comerțul de vinuri publicată în Monitorul Oficial nr. 273 din 24.03.1915 și regulamentul acesteia (aprobat prin decretul nr. 2685) publicat în Monitorul Oficial nr. 216 din 23.12.1915 ; — legea pentru represiunea fraudelor în prepararea și comerțul băuturilor alcoolice (aprobată prin decretul 1705/1927) publicată în Monitorul Oficial nr. 120 din 04.06.1927 și regulamentul acesteia (aprobat prin decretul 2695) ; — legea asupra producției și desfacerii spirtului și băuturilor spirtoase (aprobată prin decretul nr. 2351 din 26.061930) publicată în Monitorul Oficial nr. 140 din 27.06.1930 ; — legea monopolului vînzării spirtului și băuturilor spirtoase și taxelor de consumație publicată în Monitorul Oficial din 22.04.1932 ; — legea pentru apărarea viticulturii (aprobată prin decretul nr. 575 din 26.03.1935) publicată în Monitorul Oficial nr. 73 din 27.03.1936 și regulamentul acesteia (aprobat prin decretul nr. 1418 din 16.06.1936) publicat în Monitorul Oficial nr. 141 din 20.06.1936.

În afara acestor legi, reglementarea multiplelor aspecte ale producerii, desfacerii și consumului de băuturi alcoolice era înfăptuită și prin prevederile nenumăratelor ordonanțe, decizii și ordine ale instituțiilor interesate : Ministerul Sănătății și Ministerul de Interne.

În cele ce urmează vom trece în revistă cele mai importante prevederi din vechea noastră legislație, care au influențat direct sau indirect combaterea alcoolismului.

— Limitarea cantităților de băuturi alcoolice distilate comercializate. Legea monopolului vînzării spirtului și băuturilor spirtoase din 1932 prevedea la capitolul IV *„Contigentarea consumului de alcool rafinat“*, care era fixat — conform prevederilor art. 21 — la 350 000 hl alcool absolut, cu sarcina de a se reduce cu 25% la fiecare 5 ani, începînd cu alcoolul din cereale.

Stabilirea anuală a contigentului de alcool rafinat era efectuată de *„Comisia superioară a băuturilor spirtoase“*, instituită în baza prevederii capitolului V din legea monopolului din 1932, a căror componență era stabilită de art. 19 : 3 specialiști ai Ministerului de Finanțe, directorul general al M.A.T.-ului, directorul Direcției Viticulturii din Ministerul Agriculturii, directorul Sănătății din Ministerul Sănătății, directorul institutului de chimie agricolă și alimentară, precum și reprezentanți ai sindicatelor viticole, ai fabricilor de spirt, ai producătorilor de țuică, ai Ministerului Comerțului, ai Camerei de Comerț ș.a.

— *Interzicerea comercializării de băuturi alcoolice distilate la concentrații ridicate.* Problema îngrădirii concentrației alcoolice a băuturilor distilate a fost parțial reglementată încă de legea din 1915 care la art. 84 al regulamentului de aplicare a ei prevedea ca tăriile alcoolice ale rachiurilor de fructe vîndute consumatorilor să nu fie mai mari de 32 vol %.

Legea pentru represiunea fraudelor din 1927 prevedea ca băuturile spirtoase (preparate din alcool rafinat) să nu poată fi comercializate la o tărie alcoolică mai mare de 30 vol % (art. 39), romul și coniacul la 38—40 vol % (art. 50 și 56), țuica 20—40 vol % și rachiurile de fructe maximum 40 vol % (art. 47).

Legea monopolului din 1932 interzicea livrarea și circulația de la locurile de producție a rachiurilor de fructe cu concentrație alcoolică mai mare de 40 vol.% (art. 71).

— *Comercializarea tuturor băuturilor alcoolice numai prin localuri și magazine autorizate.*

Obligativitatea comercializării tuturor băuturilor alcoolice numai prin localuri și magazine autorizate în acest scop — denumite debite — a fost instituită încă prin legea din 1915 (art. 103) și preluată și de celelalte legi. Legea monopolului din 1932 prevedea ca vînzarea băuturilor alcoolice să se facă numai pe bază de brevete care erau netransmisibile și se acordau numai persoanelor ce nu încălcau morala publică (art. 167 și 195). La eliberarea brevetelor se ținea seama de numărul locuitorilor (art. 178) și era interzisă funcționarea lor la distanțe mai mici de 100 m de fabrici, unități militare, școli, cămine, gări etc.

— *Vînzarea băuturilor alcoolice către populație era reglementată astfel:* — orarul de desfacere prevedea ca duminicile și sărbătorile legale consumul de băuturi alcoolice în localuri să fie interzis înainte de ora 12 (art. 203 din legea monopolului);

— în restaurante consumul era permis de la orele 7 dimineața (ceea ce constituia un aspect negativ n.n.) pînă la orele 22 la sate și 1 (noaptea) la orașe;

— cantitățile ce puteau fi livrate acasă de debitele de băuturi (pentru diferite ocazii: nunți, aniversări, reuniuni etc.) erau limitate astfel: vinuri 30 l; rachiuri 10 l; alcool rafinat 1 l (art. 168 din legea monopolului).

— *Controlul fabricării și comercializării instalațiilor de distilare, precum și a accesoriilor acestora.* Întreprinderile și persoanele care fabricau sau comercializau instalații de distilare de orice fel erau supuse controlului și obligate să declare organelor de control identitatea și adresa oricărui cumpărător de instalații întregi, parțiale sau piese de schimb.

Pe fiecare instalație de distilare fabricantul era obligat să-și imprime numele și adresa.

— *Combaterea fraudelor a constituit, încă de la adoptarea legii din 1915 o foarte importantă preocupare a statului pentru protecția consumatorilor.* Dată fiind toxicitatea cu mult mai ridicată a unora din băuturile falsificate (a celor obținute prin fermentarea drojdiei și tescovinei cu sirop de zahăr, celor fabricate casnic din distilizarea diferitelor materii prime agricole fermentescibile: glucoză, cereale, sfeclă, zahăr etc., celor preparate din alcool metilic sau din amestecul acestuia cu alcool etilic etc.), toate legile conțineau severe prevederi de represiune a acestora (art. 11—14 și 39 din legea din 1915; art. 20, 32, 33 din legea din 1927, art. 117, 127, 141 și 142 din legea din 1932).

Unele practici răspîndite azi, cum este sfărîmarea sîmburilor de prună și utilizarea lor la fabricarea țuicii. erau sever reprimată în vechile legislații (art. 47 al legii din 1927).

Toxicitatea băuturilor alcoolice datorate componentelor de origine organică (îndeosebi alcooli superiori, esteri, alcool metilic, furfurol, acid cianhidric ș.a.) *sau anorganică* (mai ales metale ca Pb, Zn, Cu etc.) a constituit temeiul unor prevederi ale legii din 1915 (art. 21, 86 și 87) și — îndeosebi — s-au fixat limite riguroase prin prescripțiile art. 47 din legea de represiune a fraudelor din 1927.

Aplicarea prevederilor legilor sus-menționate era încredințată unei comisii permanente constituită dintr-un număr de 3 membri numiți prin decret pe termen de trei ani și un număr de membri de drept și delegați (art. 56 din legea din 1927) sau *comisia tehnică specială* (art. 155 din legea din 1932), compusă din trei specialiști (unul jurist și doi specialiști în chimia băuturilor) numiți prin decret la propunerea Ministerului Agriculturii pe termen de 4 ani, trei membri de drept: directorul general al MAT-ului, al Viticulturii și al Sănătății și un număr de membri cu vot consultativ (reprezentanți ai Sindicatelor viticole, ai Camerei de Comerț și ai organizațiilor comerciale).

În afara serviciilor proprii de control existente în cadrul MAT-ului și al Direcției Viticulturii (Serviciul de represiunea fraudelor), respectarea prevederilor legale mai era încredințată și următorilor: — organele Ministerului Sănătății instituite în vederea controlului sanitar al alimentelor și băuturilor; — reprezentanții asociațiilor de viticultori și pomicultori autorizați de Ministerul Agriculturii; — organelor anume autorizate ale Ministerului de Interne.

Controlul, constatarea infracțiunilor și ridicarea probelor era încredințată tuturor acestor împuterniciți.

Descoperirea infracțiunilor. fraudelor și sustragerilor de la impozite era încurajată prin acordarea de stimulente morale și materiale, acestea constînd din remunerarea cu pînă la 50% din amenzile date celor care contribuiau la depistarea lor (art. 101 din legea din 1932).

Confiscarea produselor falsificate, a celor sustrase impozitelor, precum și a vaselor în care se aflau băuturile, amendarea contravenienților cu de 2—5 ori valoarea de comercializare a produselor confiscate și condamnarea cu închisoarea pentru unele infracțiuni, printre care și opunerea la control, erau prevăzute de art. 82, 85 din legea din 1932.

Sancționarea severă — în raport cu gravitatea faptelor — a organelor de control care comiteau abuzuri în exercitarea atribuțiunilor, ce putea merge pînă la destituire și închisoare corecțională. precum și pedepsirea analiștilor din laboratoare, pentru eliberarea de buletine de analiză nesincere. ca tăinuitori, erau prevăzute de art. 234 al legii din 1932.

Autorizarea unei rețele de laboratoare pentru controlul și represiunea falsificărilor băuturilor alcoolice.

Din cele 25 laboratoare autorizate de legea din 1927, un număr de 18 aparţineau Ministerului Sănătăţii, 4 Universităţilor şi 3 Ministerului Agriculturii.

Împuternicirea de a se efectua controale la producător şi comercianţi la orice oră din zi şi noapte era prevăzută de art. 77 al legii Monopolului din 1932.

Înfiinţarea unei instituţii militarizate denumită „Garda Financiară", pentru aplicarea legii monopolului alcoolului era prevăzută la art. 77 al legii monopolului din 1932.

Acordarea unui fond provenit din acumulările statului din comerţul cu băuturi alcoolice pentru combaterea alcoolismului. Conform prevederilor legii din 1932 din beneficiile şi impozitele percepute de MAT un fond de 2% era destinat combaterii alcoolismului şi ajutorării spitalelor şi azilurilor de alcoolici şi tuberculoşi (art. 17 al. b).

Cele mai importante prevederi contra alcoloismului au fost cele cuprinse în legea monopolului alcoolului din 1932 care specifica următoarele : — Vînzarea băuturilor alcoolice celor aflaţi în stare de ebrietate era astfel reglementată (art. 206) :

„Debitanţii de băuturi nu au dreptul să vîndă, spre a fi băute pe loc, băuturi spirtoase (prin care se înţelegea şi coniacuri n.n.) tinerilor care au vîrsta mai mică de 18 ani, oamenilor beţi şi celor înscrişi pe lista beţivilor. Ei nu vor primi în debite bărbaţi sau femei în stare de ebrietate. Debitantul nu este apărat de răspundere şi nu poate invoca în favoarea sa ameninţări şi maltratări din partea consumatorilor. El este obligat să anunţe autorităţile poliţieneşti sau administrative, pentru a dresa acte de contravenţie celor aflaţi în vină.

Agenţii poliţieneşti sau administrativi care nu vor fi dresat acte de contravenţie imediat vor fi pedepsiţi disciplinar cu 200—1 000 lei amendă".

— Persoanele înrobite patimei alcoolului erau supuse următoarelor sancţiuni (art. 207) : „Oricine se va găsi în stare de beţie manifestă pe stradă sau în localuri publice, ori fiind beat se va gîlcevi sau se va deda la neorînduieli, va fi pedepsit cu amendă de 100—500 lei ; în caz de recidivă în cursul aceluiaşi an amenda se va dubla. Pentru recidivele următoare, pe lîngă amenda prevăzută, va fi condamnat şi la 3 zile închisoare. Odată cu închisoarea judecătorul va dispune înscrierea condamnatului pe o listă a beţivilor care se va afişa şi la primăriile comunelor învecinate.

Această listă se afişează în toate debitele din comună. Cel înscris pe listă nu va mai fi primit în nici un debit cu consumaţia pe loc, fie în comuna unde locuieşte, fie în comuna unde s-ar muta, unde i se va comunica această condamnare.

Dacă cel înscris pe listă nu a mai fost supus la nici o condamnare pentru beţie în timp de 2 ani consecutivi, va fi şters de pe listă de către judecătorul de ocol, după propunerea consiliului comunal. Dacă în urmă se expune din nou la condamnări se va înscrie din nou pe lista beţivilor şi va rămîne înscris pentru totdeauna. Judecarea cazurilor de beţie se face în termen de 3 zile. iar recursul se va judeca în termen de 30 zile.

Agenţii administrativi şi poliţieneşti care vor dresa acte de contravenţie în mod abuziv vor fi supuşi la o amendă disciplinară de la 1 000 la 5 000 lei".

— Organele autorizate a încheia acte de contravenţie pentru beţie sînt (art. 208) :

„Agenţii constatatori la infracţiunea de beţine sînt : primarii, inspectorii administrativi, inspectorii MAT-ului şi ai Serviciului de Represiunea Fraudelor din Ministerul Agriculturii, inspectorii şi subinspectorii financiari, medicii de judeţe, plăşi şi comune, pretorii, organele poliţiei judiciare (ofiţeri) şi membrii comitetelor de temperanţă".

— Pentru combaterea alcoolismului legea monopolului alcoolului din 1932 prevedea înfiinţarea de *„Comitete de temperanţă"* (art. 209) : „În fiecare comună se va înfiinţa un comitet de temperanţă constituit din : primar, învăţător, preot şi 2 locuitori ştiutori de carte, recunoscuţi cu bune moravuri. În oraşe comitetul va fi constituit dintr-un delegat al consiliului comunal şi cîte un reprezentant al Ministerului Sănătăţii şi al Ministerului Instrucţiunii Publice şi 3 locuitori recunoscuţi cu bune moravuri.

Comitetele vor fi conduse pe judeţe de un comitet judeţean format din prefect, medicul şef de judeţ, un delegat al Ministerului Instrucţiunii publice şi un reprezentant al societăţilor de binefacere. Un regulament va stabili modalităţile după care se va face controlul acestor organe. Amenzile prevăzute împotriva beţiei se vor vărsa la fondul comitetelor şcolare locale."

Nu putem încheia fără să aducem prinosul recunoştinţei noastre tuturor celor care au iniţiat şi au adus un preţios aport la adoptarea legilor menţionate. Ei nu s-au lăsat copleşiţi de descurajare ci, înfruntînd acerbe interese particulare — cum au fost cele ale fabricanţilor de spirt — cu mult zbucium şi imense suferinţe — destule ca să macine multe vieţi omeneşti — au învins binevoitoarea indiferenţă a unor oficialităţi şi au izbutit să ne dea o legislaţie care — într-o perioadă grea — a contribuit la salvarea însuşirilor biologice ale poporului. Aceştia nu au ascuns adevărurile sub perdeaua cuvintelor, ci le-au rostit şi scris în toată tragedia lor, trezind în conştiinţa contemporanilor majore preocupări pentru curmarea acestui flagel. Toţi şi fiecare în parte din cei care în această dură confruntare le-a fost străină ideea de compromis au avut un veritabil cult pentru datoria împlinită, iar unii dintre ei au suportat chiar consecinţele demnităţii lor. Fără a-i putea nominaliza aici, admirîndu-le opera, le cinstim memoria.

INTERACȚIUNI FARMACOLOGICE ALE ETANOLULUI PUR ȘI A UNOR BĂUTURI ALCOOLICE INDIGENE LA NIVELUL MUȘCHIULUI NETED INTESTINAL

C. O. Mungiu, M. Nichifor
— *Iași*

Deși efectele etanolului sub formă pură sau de băuturi alcoolice asupra tractului gastro-intestinal au fost studiate atît pe animale de experiență cît și la om, este mai puțin cunoscută relația dintre etanol și unele medicamente cu acțiune la acest nivel. Cercetarea de față și-a propus să evidențieze interacțiunea dintre unele substanțe agoniste sau antagoniste ale receptorilor muscarinici cu etanolul (fie pur, fie sub forma unor băuturi).

Material și metodă

S-a lucrat pe 40 șolobani albi de la care s-au prelevat fragmente de ileare, care au fost plasate într-o baie de organ, (de volum 10 ml) în soluție TYRODE la temperatură de 37,5°C.

Contracțiile fragmentului de intestin au fost înregistrate cu ajutorul unui miograf.

Ca medicamente s-au folosit : acetilcolina, pilocarpina, atropina.

S-au folosit următoarele băuturi alcoolice : coniac „Vaslui", vermut „Zarea", țuică bătrînă și rachiu alb.

Pentru a discerne între efectele datorate etanolului și cele datorate altor substanțe din băuturi (derivați organici sau anorganici) s-au efectuat și teste — martor de soluții de etanol corespunzătoare băuturilor cercetate.

Experiențele au decurs după următoarea schemă : se testa mai întîi răspunsul organului la doze standard (10,5 g/ml acetilcolină, histamină, pilocarpină, după ce se adăugau în baie doza 0,1 ml de băutură alcoolică în concentrații asemănătoare cu cele care se pot realiza la om, după ingestia de alcool (0,3 ml vermut ; 0,2 ml coniac ; 0,3 ml rachiu ; 0,3 ml țuică, la volumul de 10 ml al băii de organ).

După incubare : timp de 30—60 de minute, cu băutura alcoolică, medicamentele agoniste ale receptorilor muscarinici au fost retestate.

Rezultatele demonstrează că după incubarea cu etanol în concentrațiile corespunzătoare băuturilor testate, se constată o reducere semnificativă a răspunsului la cele două medicamente și o lipsă de răspuns la atropină.

Dintre băuturile alcoolice utilizate, coniacul, rachiul și vermutul au determinat practic dispariția peristaltismului și lipsa oricărui răspuns chiar la doze triple de agonist. Paradoxal, după incubarea cu coniac s-au observat în cîteva experiențe apariția unui tonus crescut în urma administrării de atropină.

O reactivitate mai puțin modificată s-a observat după incubarea cu țuică.

Din datele prezentate mai sus, se poate constata că etanolul, în dozele utilizate de noi, determină o scădere semnificativă a reactivității receptorilor colinergici la nivel muscular, deși i se atribuie o stimulare colinergică prin mecanismul central.

Faptul că, spre deosebire de soluțiile de etanol unele băuturi alcoolice (coniac, vermut, rachiu) determină abolirea completă a peristalticii și lipsa de răspuns la agoniști și antagoniști ai receptorilor muscarinici se poate datora existenței în aceste băuturi a unor componente cu grad mai ridicat de toxicitate, fie organice, fie anorganice.

Rezultatele preliminare prezentate în aceast lucrare, se cer continuate în direcția identificării agentului (sau agenților) care determină lipsa de reactivitate a receptorilor muscarinici și conturează totodată posibilitatea explicării apariției unor efecte adverse la nivel gastro-intestinal, la pacienții care asociază băuturi alcoolice la tratamentul cu preparate antiulceroase, ce conțin și atropină.

CONSIDERAȚIUNI CU PRIVIRE LA UNELE ASPECTE CLINICO-NOSOLOGICE ȘI EPIDEMIOLOGICE ALE ALCOOLISMULUI LA FEMEI

M. Baltaru, G. Balanovschi, Sofia Dudeanu, Virginia Fortună
— *Iași*

Tema alcoolismului la femei nu mai este așa de nouă ca acum 20—25 de ani, în urmă, însă este relativ rară, datele din literatură fiind încă destul de generale și vizînd mai ales aspectul social, poziția deosebită a femeii în familie, cît și unele aspecte legate de structura ei endocrino-humorală sub influiența intoxicaților cronice etilice.

In cadrul unor comunicări anterioare s-au reliefat rezultatele experienței noastre în domeniul alcoolismului la femei, care corelează cu datele din literatura de specialitate, remarcîndu-se, în primul rînd, tendința la disimulare a alcoolismului inițial.

Aceasta se explică și prin considerente etico-morale care, în unele comunități mai restrînse, tradiționale, reprobative, și puțin tolerante, prejudiciază femeilor alcoolodependente, determinnd alcoolizarea lor pe ascuns, astfel încît nu sînt depistate decît la apariția primelor manifestări psihice.

Dar acest lucru se referă numai la un anumit tip psihologic al femeii, celei predominent legate de atribuțiile casnice, împovărate de grijile gospodăriei și a copiilor, neglijate sau chiar persecutate de soț.

În ultimele decenii datorită afluxului forțelor de muncă la orașe și egalizării drepturilor femeii cu a bărbaților, accesibilitatea la băuturile alcoolice a devenit mai facilă. Faptul acesta în condiția unei rezistențe biologice mai scăzute la toxic, precum și datorită ameliorării condițiilor de spitalizare și a schimbărilor mentalităților și opiniei publice față de aspectele patologice ale alcoolismului, a determinat creșterea numărului de solicitări pentru asistență psihiatrică.

Astfel de ex. din datele observațiilor clinice efectuate și pe baza analizei a 192 cazuri internate în perioada 1978—1979 în serviciul I clinic femei, rezultă o creștere procentuală de 50% a internărilor față de perioada 1965—1970.

În același timp se relevă existența unui raport direct între felul băuturii, cantitatea și modalitățile de consum și structura psihologică de fond a pacientei, unele aspecte psihopatologice premorbide, precum și varietatea aspectelor de instalare.

De asemenea din observațiile noastre rezultă că, dacă, în perioada de vîrstă cuprinsă între 18—30 de ani, debutul și obișnuința rareori îmbracă un aspect psihotic, agitația spectaculară fiind la nivel comportamental, care se dezvoltă pe fondul unor tendințe caracteristice personalităților premorbide, după vîrsta de 30 de ani predomină formele de psihoză alcoolică (adesea cu debut psiho-reactiv conflictual și cu complicații socio-familiale consecutive) și care au tendință la evoluție progresivă sau periodică (de aspect dipsomaniacal) cu apariția treptată de elemente psiho-somatice cu degradarea personalității.

Problema mult discutată în literatura de specialitate privind tendința femeii alcoolodependente de a-și disimula obișnuința, în lumina observației noastre necesită o precizare, în sensul, că aceasta se referă îndeosebi la cazurile de alcoolism reactiv.

Incidența crescută a internărilor în perioada de vîrstă peste 40 de ani, se corelează în observațiile noastre cu gradul de alcoolizare mai rapid al femeii (cu perioada de expoziție de 4—5 ani față de 10 ani în medie la bărbați) și coincide de obicei cu apariția tulburărilor endocrino-humorale caracteristice vîrstei.

În cazurile internate pînă la 30 de ani, etilismul s-a dovedit a fi secundar unor tulburări dizarmonice, grefat pe fond oligofrenoid, epileptic (3 cazuri) ciclotimic (4 cazuri), și altele.

În 20 cazuri din observațiile noastre, internate ca urgență psihiatrică, manifestîndu-se prin agitație impulsivă spectaculară, consecutiv unui consum alcoolic moderat. s-a evidențiat trăsăturile caracteristice psihopatiei instabile, alcoolismul fiind numai un factor declanșator sau patoplastic secundar.

Așa cum remarcă, printre alții, Lucomschi, noi am constatat că tulburările dizarmonice secundare alcoolismului cronic au un caracter temporar, secundar, în timp ce psihopatia constituțională cu tendințe alcoolofilice are o dinamică continuă și de aceeași intensitate în evoluție.

Spre deosebire de cazurile clinice de aspect dipsomaniacal, în care tulburările psihice își mențin aspectul inițial cu ocazia internărilor ulterioare (50 cazuri), în cazurile de delirium tremens observate, fenomenele psihotice se dezvoltă după o perioadă mai îndelungată de alcoolizare și în cursul cărora pot fi depistate manifestările episodice de tip oniroido-confuziv.

În legătură cu cazurile cu delirium tremens în afara perioadei mai îndelungate de alcoolizare, observația noastră confirmă regula trecerii treptate în cursul alcoolizării de la consumul băuturilor cu conținut moderat de alcool (bere) la băuturi alcoolice distilate (rachiu, țuică, coniac, ș.a.).

Sub raport bio-psiho-social, rolul alcoolismului cronic relevă că, din cele 190 cazuri internate în perioada 1978—1979, 89 de paciente (40%) proveneau din mediul rural, fiind agricultoare sau casnice, ca poziție socială corespunzînd modalităților de instalare a obișnuinței predominent la vin și rareori la țuică. Cea mai mare parte a acestor cazuri era în vîrstă de peste 30 de ani, cu o perioadă de expoziție la alcoolizare variind între 4 pînă la 10 ani.

68 din cazurile observate de noi (30%) provenind din mediul urban erau muncitoare sau alte categorii sociale. Circa 30% din observațiile noastre în perioada 1978—1979 erau reprezentate de cazuri cu internări unice corespunzînd statusului unor personalități dizarmonice sau ciclotimice și care proveneau mai ales din cercul unor persoane cu munci calificate (personal mediu sanitar, studente) cea mai mare parte în vîrstă pînă la 40 de ani.

Din analiza datelor clinico-anamnestice reese că rolul etilismului în declanșarea tulburărilor psihotice poate fi incriminat în mod direct în 109 cazuri, în timp ce în cazul celorlalte observații (83) alcoolismul apare ca nu fatcor secundar sau favorizant modificînd, sau complicînd tabloul psiho-patologic premorbid al altor îmbolnăviri fapt, care a determinat adesea dificultăți de diagnostic.

În afara cazurilor cu patologia tendințelor și alcoolofiliei caracteristice personalităților psihopatice menționăm printre cele 42 cazuri, în care alcoolismul apare ca simptom secundar : depresii ciclotime (8 observații) ; depresii reactive (10 observații) ; schizofrenie (4 observații) ; sindroame ASC peste 60 de ani (5 observații) ; comițialitate (6 observații) ; psihosindroame involutive (3 observații).

Datele observației noastre sînt ilustrative pentru demonstrarea conceptului bio-psiho-social dinamic și totodată unitar al Școlii de psihiatrie de la „Socola", susținut încă din 1965 de către Prof. Dr. P. Brânzei, care în studiile sale asupra alcoolismului relevă atît problematica psihosindroamelor ebrietății vulgare (obișnuite), cît și implicațiile psihiatrice ale alcoolizărilor cronice prin dezvoltarea stărilor de „alcoolofilie" caracterizate prin apetență sau chiar dependență față de toxic și a stărilor de alcoolomanie înglobînd ansamblul decompensărilor psihotice de diverse forme clinice și manifestări psihopatologice inclusiv dipsomania, ca epifenomen grefat pe un fond ciclotim, fie entitate nozologică aparte.

În acelaşi context bio-psiho-social se înscriu şi particularităţile observate de noi în cadrul alcoolismului la femei, printre care: perturbarea echilibrului etico-moral, şi creşterea procentuală a stărilor de frigiditate, aşa cum rezultă din observaţiile atente şi anamneza detaliată.

Aceasta impune necesitatea cunoaşterii temeinice a stării iniţiale somato-endocrine şi a statusului social al femeii etilice, premiză deosebit de importantă mai ales pentru aprecierea evoluţiei psihosindroamelor alcoolice la femei cît şi a posibilităţii lor de reabilitare şi recuperare.

Din observaţiile noastre mai rezultă dificultăţile de precizare a diagnosticului atît la internările de urgenţă cu fenomene halucinatorii delirante, cît şi la cele cu evoluţie trenantă şi în care alcoolismul, fie că masca, fie că releva, în realitate, o psihoză evolutivă. În astfel de situaţii, în afara datelor clinico-anamnestice, este deosebit de util un examen atent al stării generale, care poate evidenţia diverse leziuni neurologice sau somatice predominent caracteristice alcoolismului cronic.

În concluzie, apreciem că datele observaţiilor clinico-statistice prezentate relevă complexitatea problematicii alcoolismului feminin. Totodată ele confirmă observaţiile anterioare privind predominenţa factorilor psihologic, tradiţional şi de mediu în determinismul alcoolismului în mediul rural cît şi a factorilor psiho-conflictuali reactivi cu tendinţă la refugiul în alcool în cazurile predominent din mediul urban.

De asemenea necesită a fi luate în considerare particularităţile alcoolismului la femei atît în ceea ce priveşte formele sale de manifestare cît şi în determinismul său etio-patogenetic în care factorii discrino-humorali cu perturbări ale ciclului catamenial; a diminuării libidoului şi altele, constituie o premiză pentru dereglarea echilibrului etico-moral ce favorizează alcoolofilia.

Mai evident decît în alte îmbolnăviri apare rolul măsurilor sanogene de mediu. care, în asociaţie cu o terapie susţinută şi alte măsuri psihoterapeutice, sînt hotărîtoare în cadrul acestui capitol.

ASPECTE PSIHICE ALE ALCOOLISMULUI LA FEMEI

Rodica Macrea
— Cluj-Napoca

Studiul alcoolismului feminin este relativ nou, comparativ cu cel masculin, fapt explicabil, în parte, prin faptul că pînă nu demult alcoolismul era considerat un prerogativ al bărbaţilor.

În ultimele decenii însă alcoolismul cronic se întîlneşte tot mai frecvent şi la femei. Dacă în urmă cu 20 de ani se număra o femeie alcoolică la 10 alcoolici de sex masculin, azi raportul a trecut la 4 chiar 5 femei pentru 12 alcoolici bărbaţi, iar în SUA proporţia ar fi de 50%.

Alcoolismul femeii ocupă un loc aparte, datorită faptului că prezentînd unele caractere psihopatologice comune cu alcoolismul masculin, el se deosebeşte prin factori socio-culturali, care determină statutul femeii în societate.

Pînă la un punct condiţia feminină a fost şi mai este, încă în parte, determinată de către ceilalţi, în special de către bărbaţi. În societăţile tradiţionale femeile trăiesc într-o lume făcută de către şi pentru bărbaţi, în funcţie de valori masculine. Prin tradiţie alcoolismul femeilor este mai puţin tolerat decît cel al bărbaţilor. El nu se referă la tradiţionala mitologie masculină a rolului alcoolului (rol dionisiac, virilizant, etc.).

Toleranţa grupului social şi judecăţile de valoare ale acestuia dovedesc mult mai puţină indulgenţă faţă de femeia alcoolică (datorită caracterului mai inestetic al degradării sale morale şi atingerii funcţiei sale materne). Emanciparea femeii pe toate planurile nu echivalează cu o totală schimbare a statutului său, a rolurilor sale tradiţionale (de mamă, soţie, etc.).

O primă particularitate a alcoolismului feminin, uşor explicabilă în aceste condiţii, este camuflajul exceselor, caracterul lor mascat, clandestin. Conştiente de tabu-urile ce li se impun, femeile beau singure, pe ascuns, la ele acasă. Nu arareori soţul ignoră sau nu descoperă decît prea tîrziu alcoolizarea lor, femeile disimulînd mai bine decît bărbaţii. Pentru a nu fi surprinse ele beau cînd sînt singure acasă şi fiind presate de timp caută alcooluri tari, care le procură un efect-drog imediat.

Ele nu consultă medicul decît tardiv şi pentru alte raţiuni (insomnii, iritabilitate, acuze gastrice, etc.) cînd s-au instalat deja grave perturbaţii organice.

Aparţinătorii, atîta timp cît simptomele intoxicaţiei cronice cu alcool nu sînt prea evidente, maschează şi ei acest viciu cu scopul de a apăra şi menţine neştirbită reputaţia familiei, mai ales atunci cînd în familie există şi copii.

Acest caracter de „alcoolism mascat", clandestin al femeii crează unele dificultăţi în stabilirea unor date statistice mai reale.

O a doua particularitate a alcoolismului feminin s-ar referi la fragilitatea faţă de intoxicaţia alcoolică cronică, femeile rezistînd mai puţin la alcool, avînd o sensibilitate hepatică, neurologică şi psihică mai accentuată decît bărbaţii. Deşi absorbţiile cotidiene masive de băuturi alcoolice se întîlnesc mult mai rar decît la bărbaţi, la femei se constată o evoluţie mai rapidă a cirozelor şi o frecvenţă mai mare a sindroamelor Korsakov şi a polinevritelor.

La vîrsta egală și greutate egală pentru aceeași cantitate de alcool ingerată alcoolemia este mai ridicată la femei decît la bărbați.

După unii autori femeia desvoltă o ciroză cu 52 g. de alcool pe zi, față de 132 g. la bărbat. Vîrsta medie a cirozelor este cu 10 ani mai scăzută la femei decît la bărbați.

Perioada premenstruală mărește vulnerabilitatea femeii față de alcool, mărind în egală măsură și apetența față de alcool. La fel menopauza pare să antreneze o apetență crescută pentru alcool. Femeia gravidă care bea supune copilul la riscuri (număr mai mare de prematuri, de născuți morți, scădere a greutății, retardare psiho-motorie).

Studiile autorilor clasici (KRAEPELIN, CURRAN, WALL) și contemporani (GRECU și colab.) relevă diferența marcată a conduitei alcoolice în funcție de sexul consumatorilor. Dacă la bărbați se constată o proporție însemnată de băutori prin plăcere sau sub efectul unor circumstanțe exterioare, la femei alcoolismul semnalează existența unei grave și profunde dezorganizări a personalității de tip nevrotic sau psihopatic.

Alcoolismul femeii survine cel mai adesea pe o organizare nevrotică de bază, în care conduita de alcoolizare nu este decît un element printre altele. Este vorba mai puțin de o nevroză structurată (obsesională, fobică, isterică) cît mai ales de compensarea unei conduite de eșec, a unei decepții, singurătăți, frustrări afective, a unei situații de abandon, a unui refuz de depenedntă conjugală, etc.

Aprecierea caracteristicilor modului de a bea al femeilor relevă că nota „A" (după clasificarea lui STAEHELIN, modificată de SIMKÖ) (caracteristica abulică, în care băutul se caracterizează prin nestatornicie, atît consumul cît și abuzul depinzînd de ofertă, posibilități și societate) abia apare la femei, în contrast cu relativ frecventa apariție la bărbați. La femei domină categoric nota „R" (Rausch), ele recurgînd la băutură datorită dorinței de a se rupe de lumea frustrantă, „dușmănoasă", ca un protest activ împotriva unei realități ce pare insuportabilă, urmărind eliminarea, provizorie, a formei existențiale date și stingerea vigilenței conștiinței. Apariția dominantă a acestei caracteristici indică importanța deosebită a factorilor de personalitate la femeile alcoolice. Viața afectivă și psihologică a alcoolicelor oferă întotdeauna relații particulare. Ele sînt adesea femei singure, izolarea lor contribuind, în parte, la determinarea apetenței alcoolice. Alcoolismul femenin are, mai frecvent decît la bărbați, valoare de desocializare (FONTAN). Autori ca GLATT, SELZER, HOLLOWAY consideră că femeile pierd mai repede controlul asupra băutului decît mărbații (fapt confirmat de prezența caracteristicii „Rausch").

Alcoolismul femeii exprimă o conduită simptomatică a unui dezechilibru, a unei nevroze latente sau manifeste, mult mai frecvent decît la bărbat. Datorită acestui fapt alcoolizarea este adesea discontinuă.

Cît privește dipsomania, BENTON (citat de FONTAN) încă din 1930 observa că este mai răspîndită la femei.

Există alcoolizări intempestive intermitente proprii sexului feminin. Unele se alcolizează nemăsurat doar în perioada premenstruală. Alteori alcoolizarea survine doar în perioada menopauzei, moment propice pentru depresiile involutive.

Un aspect deosebit este cel al relației dintre alcoolismul femenin și familie. În numeroase cazuri soțul, nereușind să-și ajute soția în dobîndirea independenței față de alcool, ajunge la separare și divorț.

O parte a femeilor alcoolice au trăit într-un anturaj cu părinți. rude sau soți alcoolici.

Unele cupluri alcoolice beau simultan și nu este lipsită de importanță decelarea inductorului. Alți soți beau de manieră asincronă, alcoolizările fiind în basculă (un soț bea doar cînd celălalt este abstinent).

O analiză temeinică a familiei și anturajului în care-și petrece viața femeia alcoolică este de o deosebită însemnătate în vederea găsirii celor mai adecvate metode terapeutice și în special a celei mai raționale psihoterapii.

Unele femei fiind căsătorite și neîncadrate în muncă (cu toate că au o profesie) se plictisesc de monotonia vieții casnice, de solitudine sau în așteptarea soțului (care lipsește uneori zile sau săptămîni din pricina unor probleme profesionale). Alte motivații ale consumului de alcool se leagă de diferite necazuri, boli organice, infidelitate, complexe de inferioritate, pierderea unei persoane iubite, conflicte la locul de muncă, nemulțumiri față de profesie sau față de munca pe care o prestează. NACHIN descrie sociogeneza alcoolismului, femeilor care au învățat o meserie pe care după căsătorie n-au putut s-o practice și care datorită acestui fapt consideră viața lor conjugală și maternală ca un eșec. Este vorba de o insatisfacție, de un conflict între rolurile tradiționale și rolurile noi ale femeii.

Refuzul unei situații considerate insuportabile și refuzul de a se resemna se regăsesc în perioada menopauzei și în cursul situației existențiale a presenescenței, care pot determina deasemenea apariția unei conduite de alcoolizare la această vîrstă.

Sub raport terapeutic, majoritatea autorilor consideră că stabilizarea este mai greu de obținut la femeia alcoolică decît la bărbat. Prezența unei nevroze sau a unei situații conflictuale fac ca alocolismul feminin să fie deosebit de dificil de tratat. Dezintoxicarea și sevrajul nu reprezintă decît un aspect al problemei. Dificultățile încep după terminarea curei cînd pacienta își regăsește cadrul și condițiile de viață în care s-au dezvoltat tulburările sale nevrotice. Pericolul de reșută este mare.

Prevenirea alcoolismului feminin se referă la o mai bună informare și la o sensibilizare a femeilor prin demitificarea alcoolului, factor de dezechilibru, inamic al frumuseții și sănătății și prin reducerea tensiunii create de conflictul între rolurile tradiționale și cele noi ale femeii în societate. Trebuie difuzat ideia că ameliorarea condiției feminine, desvoltarea plenară a personalității sale sînt incompatibile cu alcoolodependența.

The female chronic alcoholism shows a remarcable increase during the last decades.

By tradition the female alcoholism is socially less accepted that the male alcoholism.

In this connection one of the main aspects of the female alcoholism is the tendency of the woman to drink alone and to take care that nobody knows it.

Another peculiar aspect is the increased hepatic, neurological and psychical sensibility of the female to the effects of the alcohol, by comparison with the male. This accounts for the faster evolution of the hepatic cirrhosis and for the increased frequency of the Korsakov syndrome and of the polinevritis.

Serious and deep perturbations of the personality (of nevrotical or psychopathical type) accounts usually for the female alcoholism.

RELAŢII DINAMICE ÎNTRE GRADUL ALCOOLEMIEI ŞI MANIFESTĂRILE PSIHICE

P. Brânzei, C. Romanescu, P. Boişteanu, Constanţa Moisa,
G. Simovici, Florica Steva, Fl. Teodorescu
— Iaşi

Notă preliminară :

În dorinţa de a stabili o corelaţie mai exactă între concentrarea alcoolemiei şi efectele acestei alcoolemii pe planul manifestărilor psihice am întreprins un studiu pe un număr de 65 bolnavi a căror date preliminare le prezentăm în cele ce urmează.

Stabilirea raportului dintre cîtul etanolic stabilit pe de o parte şi perturbarea psihică determinală de alcoolemie pe de altă parte prezintă un deosebit interes pentru numeroase situaţii începînd de la instanţe ţinînd de medicină legală pînă la cele ţinînd de medicina muncii. Deşi datele de care dispunem pînă în prezent sugerează un paralelism între alcoolemie şi perturbarea psihică indusă, cifra alcoolemiei nu s-a impus şi nici nu se poate impune ca un criteriu absolut, variind de la individ la individ.

Cu toate acestea în afara unor repere clasice, care influenţează alcoolemia şi tulburările rezultate, nu dispunem de date care să explice cauzele acestei variabilităţi.

În studiul nostru am încercat să stabilim cîteva din aceste corelaţii urmînd ca pe viitor să extindem investigaţiile în funcţie de profilul homeostazic complet stabilit în laborator şi efectul acestuia asupra alcoolemiei şi asupra tulburărilor psihice consecutive.

În dozarea alcoolemiei am utilizat o metodă adaptată posibilităţilor noastre bazată pe principiul oxidării alcoolului etilic cu bicromat de K în mediu de acid sulfuric. Excesul de bicromat de K se titrează cu sulfat feros în prezenţa de metil orange.

Interpretare (pentru C.F.R. adoptat şi de noi) 0—0,50 gr‰ nesemnificativ ; 0,50—1 gr‰ cantitate apreciabilă ; peste 1 gr‰ stare de ebrietate ; 1,5—2,5 gr‰ stare de ebrietate pentru cei obişnuiţi cu alcoolul ; 2,5—3 gr‰ stare de ebrietate pentru alcoolici ; 7—8 gr‰ intoxicaţie mortală.

Am investigat un total de 65 bolnavi internaţi în diverse secţii ale spitalului, cu diferite suferinţe psihice excluzînd însă psihozele.

În cadrul datelor noastre preliminare, lăsînd la o parte corelaţiile homeostazice, ne referim numai la raportul dintre gradul alcoolemiei obţinut de noi, aspectul şi gradul tulburărilor psihice etilice provocate de ingestia de alcool.

Majoritatea subiecţilor cercetaţi dintre care 60 bărbaţi şi 5 femei, variind între 20 şi 64 ani au prezentat un etilism clinic vulgar „beţie de stradă“ produs de consumarea de alcool mai ales sub formă de vin, mai rareori coniac şi ţuică. Nu s-a putut stabili o corelaţie între felul alcoolului consumat şi gradul alcoolemiei.

Cît priveşte raportul dintre alcoolemie şi intensitatea tulburărilor psihice lotul nostru a oferit următoarele aspecte :

Bolnavii care au consumat cu certitudine alcool (cca 1 litru vin sau cca 200 ml ţuică) neprezentînd o alcoolemie concludentă. 11 cazuri.

Aceeaşi cantitate de alcool a realizat în 13 cazuri o alcoolemie între 0,50—1 gr‰.

Un număr de 32 bolnavi, aflaţi sub influenţa unei cantităţi de alcool imposibil de apreciat (deoarece nu se puteau obţine date anamnestice) au prezentat o alcoolemie variind între 1 şi 2,5 gr‰.

Un total de 5 bolnavi au prezentat o alcoolemie între 2,5 şi 3 gr‰.

4 bolnavi au prezentat o alcoolemie mare între 3 şi 4 gr‰.

Analiza raportului dintre gradul de beţie şi alcoolemie este de la început dificilă în cazul alcoolemiilor moderate.

Astfel în cazurile de alcoolemie sub 2 gr‰ s-au întîlnit tablouri psihice ale ebrietăţii vulgare cu agitaţie violentă urmate de obicei de somn la persoane indemne de alcoolism, tulburări psihice necorelate de gradul propriu-zis al alcoolemiei.

În unele cazuri au fost înregistrate situaţii în care bolnavii cu antecedente etilice îndelungate au prezentat alcoolemii relativ mari fără tulburări psihice (peste 1.5—2 gr‰).

Din cercetările noastre rezultă că sub 2 g‰ gradul de beţie este deseori determinat de personalitate psihică mai mult decît efectul propriu zis al alcoolului, alcoolul în aceste cazuri fiind un revelator al aspectelor psihice caracteristice subiectului respectiv.

Lucrurile par a se schimba la alcoolemiile relativ mari (2—3 g‰) în care de obicei starea de beţie prevalează fie prin manifestări violente, fie prin inhibiţie. În puţinele cazuri cu alcoolemie peste 3 g‰, beţia a fost foarte accentuată.

Investigaţiile noastre demonstrează că între gradul de concentrare sanguină a alcoolului şi starea psihică a pacientului există o corelaţie directă în cazul tulburărilor de somn şi a tulburărilor mnezice. Astfel tulburărilor psihice consecutive alcoolului par mai legate nu de cifra alcoolemiei ci de capacitatea obişnuită de refacere a creierului, beţia apărînd imediat la cifre de alcoolemie mică în cazul bolnavilor care suferă de insomnii rebele.

Am mai putut stabili o corelaţie între starea psihică iniţială şi consecinţa ingerării alcoolului. În cazul unor bolnavi suferind de afecţiuni involutive, memoria episodului alcoolic este pierdută chiar şi la alcoolemie de cca 1 gr‰.

PARTICULARITĂŢILE SINDROMULUI DE ABSTINENŢĂ ALCOOLICĂ

N. Păruş, Carola Offenberg
— Iaşi

Sindromul de abstinenţă ocupă un loc important în tabloul psihopatologic al acoolismului, fiind strîns legat cu problemele de patologie alcoolică (alcoolism cronic, delirium tremens, epilepsie alcoolică etc.).

Sindromul de abstinenţă alcoolică se caracterizează printr-o serie de tulburări vegetativo-neurologice, tulburări vestibulare, tremor, transpiraţie, tahicardie, modificarea specifică a sferei afective, avînd coloratură depresivă cu frică şi nelinişte, apariţia de idei paranoide nesistematizate de relaţie, avînd caracter instabil, schimbător. De asemenea apar tulburări hipnice accentuate, coşmaruri, ajungînd uneori la o insomnie totală. În timpul visului se perindă monştri fantastici, fiare sălbatice, animale domestice, mai frecvent de dimensiuni mici, un mare număr de oameni în mişcare cu o înfăţişare terifiantă.

Kameneţkaia subliniază rolul important pe care îl joacă tulburările hipnice în sindromul de abstinenţă alcoolică.

La tulburările de somn ca un simptom obligator al abstinenţei alcoolice s-au referit şi alţi autori. Cercetările lui Oswald au arătat că, în perioada intoxicaţiei alcoolice, se tulbură interrelaţiile cantitative a somnului lent şi rapid. Oprirea consumului de alcool duce la o importantă creştere a somnului rapid cu intensificarea visurilor terifiante.

În stadiul de plină desfăşurare a sindromului de abstinenţă cînd manifestările somatice, vegetative şi psihopatologice ating o importantă exprimare, apar tulburate toate fazele somnului nocturn : perioade de somnolenţă, adormire, somnul de noapte propriu-zis şi trezirea.

Studiul clinic diferenţiat al stării de somn a bolnavilor în perioada de abstinenţă a arătat că tulburările în aceste cazuri sînt neasemănătoare în structura lor şi pot fi împărţite în 4 grupe : sensoriale, motorii, reactive şi vestibulare.

În această fază de abstinenţă bolnavul este atras în mod irezistibil a consuma băuturi alcoolice. Adiminstrarea chiar a dozelor mici de alcool scad în intensitate tulburările apărute, iar, în cantitate suficientă, duce la dispariţia pentru cîtva timp a simptomatologiei menţionate.

Sindromul de abstinenţă la indivizii cu alcoolism mai accentuat şi de durată îmbracă un caracter mai grav.

Cu cît privaţiunea de alcool este mai bruscă cu atît simptomele de abstinenţă sînt mai accentuate, ele, în general, apar după cîteva zile de la întreruperea beţiei. Apariţia sindromului de abstinenţă alcoolică, sau numai a unora din componentele sale, constituie un indiciu al prezenţei alcoolismului cronic, cu sau fără degradarea personalităţii.

Desigur că între sindromul de abstinenţă şi delirium tremens se pot găsi asemănări, primul în unele manifestări prezentîndu-se ca un debut al deliriumului tremens. Nu se poate vorbi însă de o identitate calitativă a ambelor sindroame, diferenţa esenţială constînd în aceea că în delirium tremens apare modificarea stării de conştiinţă, ceea ce nu se întîmplă în sindromul de abstinenţă alcoolică. Sindromul de abstinenţă poate apărea uneori consecutiv crizei dipsomaniace sau prin modificarea dinamicei beţiilor, să treacă spre dipsomanie.

Sindromul de abstinenţă poate avea relaţii cu clinica şi condiţiile de apariţie a halucinozei alcoolice acute care poate să debuteze în perioada abstinenţei după o beţie grea sau prelungită. De asemeni crizele de epilepsie alcoolică sînt caracteristice perioadei de abstimult, de la începutul abstinenţei pe fondul unei impregnări alcoolice cronice, în antecedentele bolnavului nesemnalîndu-se fenomene epileptice. Crizele de epilepsie dispar după abţinerea prelungită de la consumul băuturilor alcoolice, ele avînd legătură directă cu perioadele de beţie.

Unii autori, printre care şi Martinov, au studiat metabolismul aminoacizilor în alcoolismul cronic, cercetînd conţinutul amioacizilor liberi în serul sanguin şi urina de 24 ore a bolnavilor de alcoolism cronic, în perioada abţinerii de la ingerarea alcoolului şi a dezvoltării sindromului de abstinenţă.

În primele două zile de la încetarea consumului de băuturi alcoolice se constată hiperaminoacidemie şi hipoaminoacidurie, care către a 3—5-a zi se schimbă în hipoaminoacidemie şi hiperaminoacidurie.

Către a 8—15-a zi nivelul conţinutului de aminoacizi în ser se normalizează aproape în totalitate, dar, parţial, poate rămîne o hiperaminoacidurie.

Perioada celei mai mari exprimări a simptomaticei sindromului de abstinenţă se caracterizează prin modificarea spectrului de aminoacizi în serul sanguin şi urină.

În determinările efectuate s-a găsit creşterea concentraţiei în serul sanguin şi în acelaşi timp scăderea excreţiei lor din urină a următorilor aminoacizi : lizina, acidul glutamic cu tronina, metionina cu valina, leucina cu izoleucina, cistina, lizina, histidina, constatate în stare de abstinenţă moderată, la care se adaugă pe lîngă celelalte glicina (glicocolul), serina, acidul aspartic, alanina în stare de abstinenţă accentuată.

Se presupune că în mecanismul hiperaminoacidemiei în primele 2 zile de la abţinerea de ingestie a băuturilor alcoolice ar lua parte o serie de factori, printre aceştia un rol îl joacă lezarea ficatului. Mulţi din bolnavii studiaţi au suferit de hepatită. În aceste situaţii creşterea conţinutului în aminoacizi liberi în serul sanguin este caracteristică, fapt confirmat de o serie de cercetări.

Trebuie de menţionat de asemeni anorexia de durată relativă sau absolută, care duce la un deficit de vitamine şi proteine în organism şi care poate produce tulburarea metabolismului aminoacizilor. În sfîrşit în producerea hiperaminoacidemiei un rol deosebit îl joacă şi tulburările endocrine.

Din literatură se cunoaşte că după beţii repetate, de multe zile, se evidenţiază o insuficienţă a producerii hormonilor anabolici care scad nivelul acizilor aminaţi în sînge.

Pe de altă parte beţiile constituie prin ele însile stressul care determină creşterea în sînge a o serie de corticosteroizi cu acţiune catabolizantă care cresc nivelul aminoacizilor în sînge. Nivelul scăzut de aminoacizi liberi în serul sanguin în perioada îmbunătăţirii stării clinice corespunde cu o creştere accentuată a utilizării lor în organism ducînd la restabilirea ţesuturilor şi albuminelor serice şi de asemeni la sinteza altor substanţe biologice importante.

Procesul accentuării utilizării acizilor aminaţi în această fază de abstinenţă domină asupra proceselor catabolic.e

Rezultatele cercetărilor arată că, şi după încetarea fenomenelor acute de abstinenţă, în organismul bolnavului cronic alcoolic se mai pot găsi uneori tulburări ale metabolismului acizilor aminaţi.

Atenţia cercetătorilor s-a îndreptat şi spre determinarea catecolaminelor în sînge şi urină la persoane cu intoxicaţie alcoolică acută şi de durată.

Svininnikov, printr-un studiu efectuat în cursul sindromului de abstinenţă alcoolică, stabileşte corelaţii între tabloul clinic şi nivelul excreţiei catecolaminelor în sînge şi urină.

Catecolaminele au o acţiune simpatomimetică, ele asigură susţinerea unui tonus determinat al elementelor simpatice, începînd cu structurile adrenergice a formaţiei reticulare şi terminînd cu unele celule periferice. În alcoolismul cronic cu stare de dependenţă s-a constat o creştere a activităţii, îndeosebi a formaţiilor simpatice a sistemului nervos vegetativ.

În experienţe efectuate pe animale prin intoxicaţie alcoolică acută şi subletală s-a găsit o creştere în urină de adrenalină şi noredrenalină.

Intr-o serie de cercetări s-a arătat că la oameni sănătoşi consumul de alcool o singură dată în doză moderată duce la o creştere uşoară a cantităţii de adrenalină în urină, excreţia de noradrenalină nu se modifică.

În alcoolismul cronic însă, consumul o singură dată de alcool produce creşterea cantităţii de adrenalină şi noradrenalină în urină, în primele ore după consumul alcoolului predominînd excreţia de adrenalină, iar după 24 ore predomină excreţia de noradrenalină. În intoxicaţiile alcoolice prelungite (alcolism cronic) se observă o importantă creştere a catecolaminelor în urină.

Glacobin şi colab. arată că o importantă excreţie de adrenalină şi noradrenalină în urină coincide cu dezvoltarea maximală a simptomaticei psihotice. Cercetările efectuate la o serie de bolnavi, prezentînd tablou clinic al sindromului de abstinenţă alcoolică, bine exprimat, au constatat la cei mai mulţi din ei conţinutul de catecolamine în sînge, în general, ridicat, neputindu-se stabili o corelaţie între conţinutul catecolaminelor în sînge şi gravitatea sindromului de abstinenţă. Cantitatea de adrenalină în urina de 24 ore la cei mai mulţi bolnavi a fost crescută. Conţinutul de adrenalină în urină nu se corelează cu gravitatea sindromului de abstinenţă în timp ce conţinutul de noradrenalină la toţi bolnavii cu evoluţie gravă a abstinenţei era mult crescut.

Bolnavii studiaţi prezentînd sindrom de abstinenţă alcoolică, după efectuarea determinărilor mai susmenţionate, au fost supuşi la tratament de desintoxicare (tonice generale, antidepresive, substanţe stimulatoare, vitamine, tranchilizante etc.). Rezultatele cercetărilor au arătat că, după dispariţia sindromului de abstinenţă, conţinutul de catecolamine in singe la majoritatea bolnavilor a revenit în limite normale. De asemeni şi conţinutul de adrenalină şi noradrenalină în urină la majoritatea bolnavilor a revenit la normal.

Datele menţionate arată că în funcţionarea sistemului simpatico-adrenalinic apar perturbări în stările de intoxicaţie alcoolică de durată, ele exprimîndu-se prin modificări calitative şi cantitative cu caracter fazic, atît în conţinutul catecolaminelor în sînge, cît şi a nivelului eliminării adrenalinei şi noradrenalinei în urină.

În perioada apariţiei sindromului de abstinenţă şi a accentuării sale se produce o creştere a excreţiei de catecolamine în sînge, probabil condiţionate de activarea unor sisteme endocrine hipotalamus-hipofiză suprarenală, la care contribuie şi dezvoltarea stressului în organism. cînd apare necesitatea creşterii consumului de alcool. La baza tulburărilor metabolismului catecolaminelor s-ar afla tulburări neurodinamice, hormonale şi biochimice.

În metabolismul catecolaminelor în perioada sindromului de abstinenţă alcoolică apar modificări nespecifice. La unii bolnavi, la care, iniţial, apare mobilizarea sistemului simpatico-adrenalinic se observă că, pe măsura creşterii manifestărilor de abstinenţă şi agravării simptomatologiei clinice a sindromului de abstinenţă în funcţie de perioada de consum abuziv, calitatea băuturilor alcoolice folosite, stadiul sindromului, abstinenţă gravă post criză prelungită dipsomanică, se produc unele scăderi a excreţiei catecolaminelor în sînge. Scăderea relativă a conţinutului de catecolamine în sînge arată un început de slăbire a funcţiei sistemului simpatico-adrenalinic. Caracteristic pentru aceasta este şi faptul că nu se mai produce o ameliorare după administrarea dozelor obişnuite de alcool.

Aspectele sumare prezentate în legătură cu sindromul de abstinenţă alcoolică arată efortul continuu al diverşilor cercetători în vederea descoperirii căilor patogenice ale acestui sindrom. Problema rămîne încă deschisă şi va necesita în viitor continuarea aprofundării acestui studiu.

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA CONCEPTULUI NOSOGRAFIC ŞI ASPECTULUI CLINIC ACTUAL AL DEMENŢEI ALCOOLICE

C. Postelnicu, M. T. Lăudat, Monica-Elena Chiriac
— *Iaşi*

Creşterea continuă a consumului de băuturi alcoolice, implicaţiile tot mai numeroase ale alcoolismului, inclusiv cele medicale, sînt elemente care provoacă preocupări şi îngrijorare puterii de stat, autorităţilor, educatorilor, reţelei medicale şi de asistenţă socială, tuturor celor interesaţi în probleme de psihoprofilaxie.

La noi în ţară, ca de altfel în toate ţările civilizaţiei industriale, sînt tot mai multe elemente care pledează pentru o evidentă modificare în prezent a tabloului clinic al alcoolismului spre prevalenţa numerică a formelor clinice cu aspecte mai benigne. Creşterea nivelului de conştiinţă a populaţiei privind problemele de sănătate, facilităţile actuale ale asistenţei medicale şi psihiatrice, presiunea mereu crescîndă a microgrupurilor familiale şi de la locurile de muncă, fac ca în clinicile şi secţiile de psihiatrie pentru bolnavi acuţi să fie internaţi pentru tratamente de specialitate un număr tot mai mare de alcoolici cu o inserţie socială activă, adică persoane aflate atît în stadiul de alcoolofilie, cît şi de dependenţă alcoolică (alcoolomanie) fără deteriorare manifestă a personalităţii. Situaţia expusă mai sus este de natură a genera în preocupările ştiinţifice cotidiene un interes scăzut pentru alcoolicul inveterat cu grave tulburări comportamentale, mari dificultăţi de inserţie socio-profesională, deteriorare pronunţată a personalităţii şi implicit cu frecvente şi adese ori irezolvabile probleme de asistenţă socială pe întreg parcursul său existenţial.

La nivelul Spitalului clinic de psihiatrie „Socola", în cadrul Secţiei a III-a de bolnavi acuţi (pavilionul II bărbaţi) în ultimii 2 ani (1978—1979) s-au asistat cu precădere etilici din categoria sus menţionată. Subliniem faptul că asemenea bolnavi sînt tot mai rar întîlniţi şi văzuţi în clinicile şi secţiile de psihiatrie pentru bolnavi psihici acuţi deoarece prin forţa împrejurărilor şi indicaţii administrativ-organizatorice sînt îndrumaţi pentru asistenţă către secţii neclinice de psihiatrie în care prevalează prestaţii de tip gardienaj, secţii de psihiatrie cu profil de ergoterapie, precum şi spitale (secţii) pentru asistenţa bolnavilor psihici cu evoluţie îndelungată. Notăm şi faptul că în condiţiile în care au beneficiat de spitalizări repetate la nivelul unor secţii de acest gen, bolnavii etilici din această categorie nosografică îşi orientează iterativ solicitările de internări tot spre asemenea forme instituţionale, deşi în asnamblu, problematica lor capătă dimensiuni care sînt departe de a fi rezolvabile exclusiv prin prestaţii medico-psihiatrice.

În statistica secţiei sus amintită bolnavii alcoolici cu diverse forme clinice de alcoolism, începînd de la beţia obişnuită de stradă şi ajungînd la psihosindroame organice cronice alcoolice, formează circa 25—30% din totalul internărilor, depăşind astfel cu mult media internărilor pentru alcoolism pe ansamblul Spitalului „Socola".

Concluziile prezentei comunicări se bazează pe observaţiile efectuate asupra circa 500 bolnavi etilici care au beneficiat de spitalizări la nivelul Secţiei a III-a de bolnavi acuţi în perioada ultimilor 2 ani (1978—1979).

Practica noastră în diverse situaţii de angajare socială majoră ne indică, că, în condiţiile societăţii contemporane, diagnosticul psihiatric constatativ de etilism este necesar să fie tot mai frecvent însoţit de conotaţii explicative care să explice cît mai precis posibil forma şi stadiul clinic al bolii. Asemenea situaţii sînt impuse îndeosebi de cazurile cu implicaţii de expertiză şi apreciere a capacităţii de muncă, expertize medico-legale psihiatrice şi uneori de expertize medico-militare. În pofida acestor aspecte semnalăm faptul că atît la nivelul Secţiei a III-a de bolnavi acuţi, cît şi în general la nivelul Spitalului „Socola" nu s-a pus în ultimii ani niciodată diagnosticul de demenţă alcoolică, deşi cazuistica din domeniul etilismului a fost la nivelul acestei unităţi cea mai reprezentativă prin gravitatea ei pentru toate judeţele Moldovei. Se pune în mod legitim întrebarea dacă în condiţiile actuale nu este oare desuet diagnosticul de demenţă alcoolică şi nu reprezintă el un tribut acordat aspectului istoric al nosografiei psihiatrice?

Aceeaşi întrebare ridică problema dacă demenţele alcoolice din perioada clasică a psihiatriei nu au ascuns în realitate sub această etichetă alte entităţi nosografice, iar în prezent, odată cu progresul ştiinţific al psihiatriei şi creşterea fiabilităţii şi obiectivităţii ştiinţifice a diagnosticului psihiatric nu şi-au găsit ele alte formulări diagnostice în altă nişă nosografică psihiatrică?

Este necesar să amintim că, despre diagnosticul de demenţă alcoolică, s-a vorbit mult, într-un timp în care era uşor a incrimina de o factură comodă alcoolul în geneza a cît mai numeroase şi mai variate entităţi morbide din patologia generală şi neuropsihiatrică. Lucrul acesta s-a reflectat şi în sistemele nosografice care au fost elaborate în baza acestor concepţii.

Semnalăm că, în cazuistica avută de noi sub observaţie, nu s-a pus diagnosticul de demenţă alcoolică pentru că nu s-au găsit elemente clinice clasice care să justifice încadrarea în această categorie nosografică cu un prognostic declarat infaust. Subliniem totuşi faptul că, în unele din cazurile avute sub observaţie, am consemnat masive degradări ale personalităţii cu deteriorări sociale severe, grave tulburări de comportament, ineficienţă progredientă de inserţie în activităţi cu caracter lucrativ programatic şi chiar de ergoterapie, frecvente episoade psihotice de durată variabilă, precum şi semne evidente de suferinţă somatoneurologică, îndeosebi de factură psihopolinevritică. Examenele pneumoencefalografice efectuate aleator şi fortuit în atari situaţii, îndeosebi sub presiunea unor considerente de expertiză, deşi au demonstrat prin evidenţierea proceselor de atrofii cerebrale aproape în toate situaţiile corelaţii cu examenele clinice, nu le-am putut lua în seamă ca atare a fi elemente indeniabile pentru susţinerea irefutabilă a diagnosticului de demenţă alcoolică. În exegezele noastre asupra fiecărui caz de alcoolism în parte, am urmărit ca diaknosticul să fie fundamentat îndeosebi în baza stereotipului patodinamic de evoluţie a bolii şi nu a aspectului clinic de moment, obiectivat de examenul psihiatric transversal. Consemnăm prezenţa în cazuistica noastră de episoade cu aspect confuzo-demenţial de intensităţi şi durate variabile, adeseori cu caracter iterativ, dar care s-au remis mai în toate situaţiile în urma tratamentelor de rutină instituite pe parcurs. Nu am observat în asemenea situaţii nici apariţia de fenomene reziduale demenţiale manifeste cu expresie clinică ideniabilă în raport de noţiunea clasic acceptată de demenţă. În aproape totalitatea cazurilor examenele pneumoencefalografice au evidenţiat în atari situaţii suferinţe encefalopatice în afară de orice subiectivism de interpretare.

Constatările expuse mai sus ne fac să socotim că în faţa unor fenomene demenţiale de aspect tranzitor, chiar dacă geneza lor etilică este la prima vedere indiscutabilă, nu există nici o justificare clinică pentru a pune diagnosticul de demenţă alcoolică, ci numai de a consemna în formularea diagnosticului aceste aspecte, cu ceea ce ele au mai caracterstic din punct de vedere sindromologic. Observaţiile noastre ne îndreptăţesc să socotim că în actualele condiţii este mult mai indicat atunci cînd nu există simptome demenţiale concludente şi indeniabile să se utilizeze diagnosticul de psihosindrom organic cronic alcoolic, prevăzute de altfel de Clasificaţia internaţională a bolilor, Revizia a IX-a OMS, 1975 la cod 291,2.

Efectuînd o largă trecere în revistă a modului cum este definită şi tratată din punct de vedere nosografic problema demenţei alcoolice în manualele de psihiatrie de circulaţie internaţională, cît şi în publicaţiile de uz naţional, am ajuns la concluzia că, în nici unul din acestea, nu se face o prezentare a noţiunii ca atare în raport de datele fenomenologiei clinice contemporane şi ale mijloacelor actuale de explorare a bolnavului psihic. În unele publicaţii mai puţin tributare conceptelor nosografice ale psihiatriei academice tradiţionale se vorbeşte despre „aşa-zisa demenţă alcoolică" sau pur şi simplu de demenţă alcoolică, îndeosebi atunci cînd se studiază problema atrofiilor cerebrale la alcoolici. (Cf. W. A. LISHMAN — Organic Psychiatry — Backwell Scientific Publications, 1978). Este interesant de subliniat că în Clasificarea internaţională a bolilor Divizia a IX-a OMS, 1975 nu se dau nici un fel de lămuriri explicative în sensul definirii noţiunii de demenţă alcoolică (cod 291,2) deşi pentru alte entităţi morbide, chiar şi din domeniul psihozelor alcoolice, se dau elemente semnificative. Sus numita clasificare cuprinde demenţă alcoolică în cadrul psihozelor alcoolice şi o prezintă sub 3 apelaţiuni pretabile la discuţii ca şi confuzii în cazul unei analize exhaustive : — „alte stări demenţiale nehalucinatorii de origine alcoolică exceptînd delirium tremens sau psihoza Korsakov" ; — „demenţa alcoolică FAI" ; — „psihosindromul organic cronic alcoolic".

Mult mai explicit, în sensul celor susţinute de noi, ne apare punctul de vedere expus de PODTNOV & PIATNITKAIA care arată că în stadiul final encefalopatic al alcoolismului pot să apară tablouri clinice de demenţă alcoolică difuză ca şi de demenţă parţială.

Ultimele sînt legate de prezenţa în cursul evoluţiei bolii a unor suferinţe neurologice intercurente ca hemoragii cerebrale, tromboze ale arterelor cerebrale, crize hemodinamice etc., de apariţie în tabloul clinic a diverse simptome locale neurologice şi psihopatologice, precum aplazii, agnozii, amnezii. În punerea diagnosticului de demenţă alcoolică difuză ne raliem punctului de vedere al autorilor sus amintiţi de a folosi tot ansamblul de date pe care le oferă examenele experimental-psihologice, examenul pneumoencefalografic, cît şi observaţia şi examenul clinic propriu-zis care obiectivează o pregnantă lipsă de discernămînt, susgestibilitate crescută şi o permanentă vorbărie.

Din observaţiile noastre rezultă că actualmente diagnosticul de demenţă alcoolică este un diagnostic de excepţie şi că cel mult în realităţile noastre socioculturale şi nosografice în cele mai grave forme de etilism putem vorbi de faptul de psihosindroame organice cronice alcoolice însoţite de nuclearitate demenţială.

Aspectul realmente mai benign al alcoolismului cu manifestări de suferinţe encefalopatice indică şi necesitatea unor măsuri corespunzătoare de asistenţă. Din datele noastre rezultă că la aceşti bolnavi apar cele mai mari dificultăţi de asistenţă în scop recuperator. Lăsarea lor în mediul familial după scurte spitalizări de necesitate, aşa cum se întîmplă aproape în totalitatea cazurilor generează un nesfîrşit şir de situaţii conflictuale, de permanente pericole pentru ei înşişi şi familiile lor, adese ori cu implicaţii infauste. Pe de altă parte spitalizările à la longue în unităţile obişnuite de psihiatrie sînt rejetate de bolnavi şi adeseori interpretate de medic ca neavînd utilitate şi finalitate terapeutică. La asemenea bolnavi considerăm că s-ar impune mai degrabă asistenţă în colonii speciale cu un gardienaj sever în care accentul ar trebui centrat pe folosirea lucrativ-productivă a disponibilităţilor restante de muncă ale acestor subiecţi. Dincolo de măsuri organizatorice, pentru realizarea acestui deziderat se impune elaborarea şi existenţa unor măsuri normative adecvate dificultăţilor pe care le ridică în familie şi societate asemenea persoane. Socotim că experienţa din ţările vecine ne poate furniza în acest sens sugestii interesante, aplicabile fără mari dificultăţi şi condiţiilor noastre socio-economice şi culturale.

CONEXIUNI ÎNTRE ETILISMUL CRONIC ŞI TULBURĂRI DE PERSONALITATE

D. Vlădescu
— Sibiu

Apariția conceptului modern de personalitate şi studierea procesului de formare a personalității sînt fenomene relativ recente. Din această cauză încă există o multitudine de definiții care au unele elemente comune, dar procesul de clarificare a noțiunii de personalitate continuă.

Marile curente psihologice existente adoptă față de problema personalității o poziție care indică fie o explicație psiho-socio-genetică, fie una prin structura, funcționalitatea şi finalitatea personalității.

Principala problemă pe care o ridică definirea personalității este una de delimitare şi totodată de sinteză. Este foarte greu de trasat o linie de demarcație între individ şi mediul său, ele constituind o configurație dinamică, ale cărei părți sînt atît de strîns legate şi atît de constant interactive. De asemenea personalitățile sînt configurații de un gen unic care nu au paralelă apropiată la nivelul fenomenelor fiziologice, ele nu pot fi explicate direct, trăsăturile lor pot fi deduse din comportamentul explicit, în care îşi gsăesc o expresie.

După G. W. ALLPORT „personalitatea este o organizație dinamică în interiorul individului, a sistemelor psihofizice care determină adaptarea sa la mediul înconjurător într-un mod care este unic".

R. LINTON o defineşte ca „agregatul" de stări psihice aparținînd individului.

După G. CLAUDE FILOX personalitatea este unică, proprie individului conținînd şi multe trăsături comune, personalitatea nu este numai un tot funcțional. ea este o organizare, o integrare, care însă nu se realizează întotdeauna. Personalitatea se afirmă ca un stil de conduită.

GASTON BERGER atribuie personalității două interpretări, una de ansamblu a tot ce există în „EU" şi alta de individualitate. Unitatea (individualitatea) poate fi mai mult sau mai puțin perfectă şi să varieze între armonie şi discordanță. Individul fără a înceta de a fi unic, poate fi asemănător mai mult sau mai puțin cu alții.

După şcoala românească personalitatea este o îmbinare optimă a funcțiunilor psihice, din care rezultă modul de comportare şi afirmare a individului în societate.

I. PETROVICI dă o caracterizare deosebit de reuşită a personalității. Cităm: „Ceea ce caracterizează în primul rînd personalitatea alături de facultatea de unificare totală şi absolută a funcțiunilor sufleteşti este un mare spirit de independență, o mare putere de inițiativă şi un intens sentiment de răspundere".

În ceea ce priveşte personalitatea alcoolicului cronic există de asemenea o mulțime de opinii şi discuții.

Autori ca: PERGOLA, WILLAMSSY ş.a. susțin că tulburările de comportament sînt evidente în alcoolismul cronic. Ele marchează decăderea funcțiunilor superioare de control. Sub influența lor se produc incidente familiale sau profesionale. Bolnavii prezintă iritabilitate, instabilitate, diminuarea sensului moral, gelozie, răutate, suspiciune, orgoliu sau sentimente de tristețe. Istoria acestor bolnavi este plină de condamnări, dispute, fugi etc.

GUIRAUD afirma că tot comportamentul alcoolicilor este polarizat spre procurarea de alcool. semn de toxicomanie. Bolnavul îşi lasă familia fără resurse materiale, îşi neglijează serviciul. Pericolele alcoolismului sînt respinse sau minimalizate. Se mai observă la etilici şi slaba rezistență la tensiuni afective, egocentrism, uneori megalomanie.

A. BARUK afirmă că este foarte greu de deosebit la un alcoolic ceae ce există patologic în personalitatea sa premorbidă cu ceea ce revine efectelor alcoolului.

FLEMING şi G. HEWITT insistă asupra frecventei impotenței iar ABRAHAM, FERENCZI etc. găsesc constant un procentaj de homosexuali în rîndurile alcoolicilor..

Autori aparținînd şcolii psihanaliste, ca FOUQUE de exemplu, consideră alcoolismul ca o necesitate de a domina conflictele insuportabile. Bolnavul crede că alcoolul îl va ajuta să regăsească drumul, să elimine problemele pe care le are, coşmarele terifiante ce-l însoțesc.

S-a căutat a se găsi un raport între alcoolism şi diferite carențe educative (Marschal), rangul naşterii, ultimul copil formînd un contingent mai ridicat de alcoolici, etc. Factorul afectiv şi perturbările sale în alcoolismul cronic constituie de asemenea un amplu studiu în lucrările lui MORIS, DAVIDSON etc.

În studiul nostru, pornind de la considerentul că în alcoolismul cronic apar modificări ale personalității, am studiat o sută de etilici cronici de sex masculin între 20—50 ani, de profesiuni variate: muncitori calificați, tehnicieni, funcționari, cu o vechime în ceea ce priveşte abuzul de alcool, variind între 1—26 ani, fără accidente psihotice specifice ale alcoolismului cronic şi un grup de 50 martori. Se ştie că între faza de instalare a alcoolismului cronic şi faza psihotică sau de demență, există o fază intermediară, de tranziție, în care perturbările personalității sînt adesea estompate sau mai puțin sesizabile.

În ceea ce priveşte metodele de investigație a personalității, litreatura de specialitate sînt utilizate cu precădere biografia, chestionarul, testele proiective T.A.T. şi RORSCHACUL precum şi testul asociativ verbal forma simplă şi dezvoltată.

Fiecărui bolnav și martor li s-au aplicat ample investigații biografice.

Pentru studierea factorului afectiv emoțional am aplicat experimental asociativ verbul forma simplă și dezvoltată.

Metoda se bazează pe asociații dirijate, în sensul că se cere subiectului să răspundă la un cuvînt inductor prin primul cuvînt care îi vine în minte, deci să facă o asociație liberă, dar dirijată. În acest scop s-au utilizat 50 cuvinte (BOTEZ) dintre care tot al cincilea era afectogen : scandal, bătaie, restaurant, vin, divorț, tribunal, miliție, boală, cuvinte care permit asocierea în ideatia etilicului, a situației sale conflictuale.

Rezultatele comparate cu grupa martori arată că la etilici numărul valorilor cuvintelor afectogene ce întrec valorile cuvintelor totale, prin durata mai mare a timpului de reacție, este de 57%, iar grupa martori numai 36%. Timp de reacție mărit s-a mai găsit și la cuvinte socotite indiferente, dar care pentru etilic aveau valoare afectogenă, ca : bănuială, dorință, mîndrie, femeie, bani, vis, căsătorie și dreptate. Toate aceste date confirmă starea conflictuală și de tonus afectiv a etilicilor față de conjunctura defavorabilă în care se găsesc la data internării în spital.

Experimentul asociativ verbal forma dezvoltată constă dintr-un număr de 50 de începuturi de fraze pe care subiectul trebuie să-l completeze, ținînd seama de ceea ce-i sugerează ele. De exemplu 1) Îmi place... 2) Clipa cea mai fericită... 3) Împreună cu..., arată pentru etilici trei preocupări majore și anume : familia, etilismul și profesiunea.

Consemnăm cîteva răspunsuri semnificative : „Cei din jurul meu au început să mă deteste pentru comportările mele"... „Cea mai mare groază a mea este că nu voi reuși să reintru pe făgașul cel bun în viață, și voi ajunge să sfîrșesc ca un ratat, ca o pleavă a societății" sau „Îmi e groază că voi pierde serviciul" sau „Cea mai mare neplăcere a mea este cearta în familie și în serviciu" sau „Cel mai bine este să-mi las prietenii de beție și să nu-mi mai neglijez familia. Din această cauză căsătoria mea este nefericită" sau „Soția mea nu mă înțelege și m-am apucat de băutură" sau „Nu prea respect cuvintele soției eu sînt vinovat de toate cele întîmplate, nu am voință".

Din analiza acestor expresii reiese clar sentimentul de culpabilitate a etilicului față de excesele de alcool și față de suferințele pe care le provoacă familiei, motivările puerile prin care caută să justifice abuzurile, nesiguranță în ceea ce privește voința de : a nu mai bea, lipsă de fermitate în decizii, necesitatea de a fi ajutat, dorința de a renunța la alcool și de a recîștiga stima semenilor săi.

Unele din aceste elemente pledează puternic pentru caracterul toxicomanic al alcoolismului și în special discrepanța dintre dorințele și posibilitățile bolnavului de a rezista în fața alcoolului.

T.A.T. aplicate după metoda MURRAY și RORSCHACUL sînt toate proiective și valoarea lor specială constă în puterea de a expune tendințele inhibitorii de bază, pe care subiectul nu vrea să le admită sau nu poate pentru că nu este conștient de ele.

În ceea ce privește RORSCHACUL nefiind suficient de stăpîn pe interpretare l-a eliminat din acest studiu și nu încercăm a trage nici o concluzie. Totuși, aplicîndu-l, menționăm faptul semnificativ, care apare la 92% din interpretările erotice pe care le-au dat planșelor I—IV și VII—X. pe cînd la grupa martori acestea au apărut în proporție de numai 2%.

T.A.T. (MURRAY) în care se expun 20 planșe cu diferite picturi, dintre care una albă. Subiectul trebuie să formeze o povestire, încercînd să descrie ce a condus la evenimentul arătat în fotografie, ce se întîmplă în acel moment, ce sînt și ce gîndesc personajele și apoi să tragă o concluzie sau alta. Imaginile sînt suficient de nedeterminate pentru a sugera indirect o temă sau alta.

Subiectul răspunde prin ceea ce crede el și nu ceea ce decide examinatorul. Planșele sînt interpretate de subiect prin prisma personalității sale, pe care o transpune potrivit structurii sale psihice. În acest fel subiectul își dezvăluie personalitatea, el descriind scena din tablou va face o corelație între problemele sale și ale personajului, transpunîndu-se.

Valoarea testului constă în aceea că permite subiectului să formuleze sub formă fictivă o parte din ceea ce el nu poate exprima în viața reală.

Testul scoate în evidență resursele personalității care există în stare de potentialitate și care nu se relevă în comportamentul obișnuit.

Rezultatele ne-au permis să stabilim cîteva categorii de răspunsuri, pe care le vom consemna :

— Situații conflictuale familiale, în special între soți, în proporție de 64% la etilici și numai 20% la martori.

— Discuții și conflicte la locul de muncă în proporție de 30% la etilici și 16% la martori.

— Gelozie, infidelitate, bănuială 33% etilici și 14% martori.

— Dorința de a nu mai consuma alcool și de a-și reface viața în proporție de 80% etilici și 0% martori.

— Preocupări bănești (cheltuieli nesocotite pe băutură), în proporție de 12% la etilici. 0% la martori.

— Accentuează și scot în evidență tristețea partenerului de viață 23% etilici, 0% martori.

— De notat lipsa preocupările legate de propria-i sănătate, de nocivitatea alcoolului asupra organismului, care nu apar decît în proporție de 2% la etilici.

În concluzie, studiul asupra personalității unui grup de 100 etilici cronici nepsihotici scoate în evidență mari tulburări de personalitate prin modificări de ordin afectiv, tendințe spre impulsiuni, agresivitate, erotism crescut, diminuarea voinței, particularități în modul de gîndire, în special cu diminuarea criticii față de abuzul de alcool.

Întrucît aceste tulburări de personalitate conduc adesea la conflicte de ordin familial, social cu implicații uneori juridice considerăm necesar să insistăm ca pe lîngă măsurile complexe de combatere a alcoolismului, o atenție deosebită să fie acordată educației sanitare persistente și organizate mai ales în rîndurile tineretului.

After the presentation of some author's conceptions concerning the disturbances of personality with the chronic alcoholics. the autors present the results of several psychological tests at a group of one hundred chronic alcoholics as compared to a group of subject — witnessens. With the help of the T.A.T., an the verbal — associative, both in simple an evoluated forms, the author's point aut disturbances of affection, the dimination of will, tendencies towards impulses, aggression, erotism, pecularities as concerning the way of thinking, together with the dimination of criticism towards the alcoholic abuses.

PERSONALITATE ȘI ALCOOLODEPENDENȚĂ

V. Hrimiuc, E. Nemțeanu, R. Chiriac

— Iași

Literatura de specialitate confirmă faptul că în prezent nu se poate vorbi de anumite trăsături caracteristice sau de un profil încadrabil în noțiunea de „personalitate alcoolică", fără însă a nega prin aceasta existența unor trăsături premorbide în ceea ce privește construcția psihică.

Experții OMS deplasează accentul asupra drogului precizînd că toxicomania ar fi determinată de „substanțe care creează o necesitate, o tendință de creștere a dozei și o dependență psihică și corporală care stă la baza fenomenelor de carență (OMS 1967)".

După P. Brânzei „pentru obținerea stării agreabile se recurge la substanțe care determină strîmtorarea conștiinței și produce concomitent un efect oniroid care generează filia ce poate ajunge pînă la dependență. Filia, apetitul sau dependența comportă diverse diferențe biologice. psihologice sau sociale, numitorul comun rezidă totuși în pulsiunea pentru obținerea efectului agreabil al onirismului vigil".

Totuși, această pulsiune pentru obținerea efectelor agreabile adică ne referim la alcoolism nu poate fi universal valabilă, deoarece alcoolomania este expresia unei personalități anormale de cele mai multe ori psihopatice. Faptul că unii oameni recurg la ingestia excesivă și repetată de băuturi alcoolice, în ciuda declinului lor fizic, social și psihologic, nu are încă o explicație veridică științifică, deși s-au emis diverse ipoteze care pun accentul pe factorii sociali (ambianța alcoolului), structura particulară a personalității, sau anumite proprietăți farmacologice ale alcoolului.

Indiferent că accentul se pune pe factorii fiziopatologici sau pe cei psihosociologici, astăzi atenția celor mai numeroși cercetători se îndreaptă asupra fragilității organizării psihice și a construcției personalității.

— Fragilitatea psihică la acești subiecți este de fapt expresia unei labilități și imaturități afectivo-voluțională, instabilitate, fapt ce explică insuccesele atît de frecvente a curei de decondiționore, iar factorii sociologici trebuiesc înscriși în aria elementelor favorizante.

— Construcția personalității evidențiază subiecte dezechilibrate cu inadaptabilitate socio-profesională, încadrîndu-se de fapt în structura psihopată. Pe aceste fonduri premorbide st grefează cu ușurință alcoolomania, fie în tendința de a evada dintr-o situație stresantă, obținînd astfel o nouă stare cenestezică și eutimică față de un mediu pe care îl consideră ostil sau amenințător, (alcoolici reactivi), fie că este vorba de personalități dizarmonice psihopate, care recurg în mod intempestiv la toxic (alcoolici adictivi).

Dacă viitorul alcoolic are anumite particularități premorbide, fără o nuanță caracteristică, sub influența consumului abuziv și repetat aceste trăsături se amplifică, se organiztază în timp, ajungîndu-se progresiv la degradarea personalității.

Examenele clinice și psihologice la etilicii cronici au evidențiat anumite caracteristice în această etapă a bolii.

— Dificultatea în a suporta anxietatea și tensiunea psihică.

— Toleranță foarte scăzută la frustrație

— Nivelul scăzut de autoconsiderație

— Spiritul critic redus sau chiar absent

— Distimia se caracterizează prin labilitate afectivă, iritabilitate, impulsivitate, gelozie, uneori depresie și nemulțumire.

În fazele mai avansate de deteriorare a personalității mai frecvent se constată :

— Diminuarea responsabilității și a simțului etico-moral, de unde decurg multiple implicații medico-judiciare.

— Perturbarea gravă a relațiilor interpersonale, dezorganizarea mediului familial, decădere pe plan profesional etc.

Necesitatea înțelegerii structurii premorbide și a tulburărilor de personalitate ce survin pe acest fond sub influența consumului cronic de băuturi alcoolice, are o semnificație deosebită în perspectiva psihologică și socială, în vederea aplicării tratamentului, care trebuie să se adreseze atît personalității bolnavului cît și decondiționării.

Aceste profiluri de personalitate întîlnite la alcoolici prin aplicarea chestionarului M.M.P.I. s-au mai constatat și la alte categorii de toxicomani, cît și la psihopați, iar H. Ey, consideră toxicomania ca o formă de perversiune a unor psihopați datorită anomaliei profunde a sistemului pulsional care stă la baza personalității psihopatice.

Decondiționarea rămîne de multe ori ineficientă și nu trebuie să constituie singurul criteriu terapeutic, acesta trebuind înțeles mult mai complex, să se adreseze personalității bolnavluui, dezechilibrului său afectiv, readaptării familiale relaționale, și profesionale, sau așa cum se exprimă Reyss-Brion în (1963) că în alcoolism distingem un „pol medicamentos" dar și un pol „psihoterapic" integrator.

UNELE IMPLICAȚII ALE ALCOOLISMULUI ÎN TENTATIVELE DE AUTOSUPRIMARE ȘI OBSERVAȚII LEGATE DE CONSUMUL DE BĂUTURI ALCOOLICE ÎN JUDEȚUL MUREȘ ÎN ULTIMII 4 ANI (1976—1979)

Gh. Grecu, P. Binder, C. Ceuca
— *Tîrgu-Mureș*

Lăsînd la o parte aspectele legate de istoricul extinderii alcoolismului, se enunță tot mai frecvent ideia că în prezent lupta contra acest flagel se desfășoară cu o eficiență destul de redusă. Creșterea alcoolismului în general, care în ultima vreme se întîlnește tot mai frecvent și la : femei, tineri, medici, precum și a combinațiilor alcool+medicamente și a slabelor rezultate terapeutice, constituie doar cîteva argumente care susțin ideea de mai sus. Actualmente a devenit o modă, că orice întîmplare de importanță mică sau mai mare să se termine cu „un pahar de vin“, care destul de frecvent se transformă într-un „chef mare“. De obicei, la întîlnirea a doi sau trei cunoscuți chiar în primele minute unul din ei ridică întrebarea : „ce bem ?, cine plătește ?“ sau „hai să bem ceva“ și acest „ceva“ numai în cazuri fericite este o băutură răcoritoare, un ceai sau o cafea, mai frecvent fiind vorba de băuturi alcoolice slabe sau concentrate.

Deci iată că pe lîngă variabilitatea motivațiilor date de alcoolici, e necesar să ținem cont și de obiceiurile și ritualurile sociale, tradițiile care atribuie alcoolului virtuți reconfortante, remediul timidității și al complexelor de inferioritate, curaj, forță fizică și virilitate, posibilități de a uita de necazuri și de a evada dintr-o realitate greu suportabilă, etc., iar în acest context am putea spune că o parte însemnată din bolnavii alcool-dependenți sînt victimele așa zisei „condiționări colective“.

Alcoolismul considerat ca o pandemie a ajuns ca în unele state hiperindustrializate, cum este de pildă SUA, să se situeze pe locul patru ca importanță privind sănătatea publică (după bolile de inimă, psihice și cancer), astfel după TOX unul din fiecare 13 adulți de sex masculin de peste 20 ani din SUA este alcoolic.

În general, din studiul literaturii de specialitate rezultă că pierderile și consecințele sociale ale alcoolismului sînt incalculabile, pentru că pe lîngă o morbiditate ridicată și un coeficient de mortalitate (decompensări somatice, suicid, etc.), se întîlnesc frecvent divorțuri, separări, agresivități și chiar crime, mizerie și promiscuitate, sarcini nelegitime, accidente de producție și circulație, furturi, violuri, vagabondaj, etc., fenomene care duc treptat la o degradare, erodare și dezmembrare socio-familială, contribuind și la o culpabilitate prezentă și viitoare a propriilor copii, iar în cele din urmă aproximativ 3% din alcoolici ajung să fie abandonați de aparținători. De înaltă semnificație este și faptul să așa cum am observat și noi, aproape 50% dintre alcoolici tratați au avut unul și mai rar ambii părinți alcoolici.

Preocupările și tentativele de autosuprimare constituie un alt aspect important al alcoolismului, iar aceste preocupări, prin influențele nefaste asupra sferei afective și cognitive ale aparținătorilor pot fi incluse și la copii și soție, lucru demonstrat de numeroase studii.

TAYLOR (1976) semnalează incidența ideilor și preocupărilor de suicid la peste 38% din alcoolici tratați și în special la cei cu elemente depresiv-discordante.

Astfel, FARKASINSZKY și colab. (1974), urmărind un lot de 220 copii proveniți din familii cu părinți alcoolici, au întîlnit idei și preocupări autolitice la 45 (ceea ce reprezintă o incidență de 20,5%), din care 10 au și comis una sau mai multe tentative.

BINDER (1977), urmărind alcoolemia la un număr de 170 subiecți decedați prin suicid, a constatat pozivitatea ei la 58% adică la 99 cazuri, la care gradul de alcoolemie a fost de 0,70‰ la 27 (15,8%), de 0,70—1,70‰ la 57 (35,6%) și peste 1,70‰ la 15 (8,9%).

Din testările noastre efectuate unor femei cu soți alcoolici internate în secția de nevroze cu sindroame nevrotico-depresive (generate în cea mai mare măsură de soțul alcoolic), a reieșit foarte clar, la peste 70% din ele, că dacă ar fi atît ele cît și soții lor tineri și ar fi cerute de aceștia în căsătorie, ele nu ar accepta această propunere, din cauza alcoolismului lor care le-a adus numai suferințe și necazuri atît lor cît și copiilor și rudelor apropiate. În același timp 80% au afirmat că dacă soțul lor nu ar fi alcoolic sau dacă ar renunța la consumul de băuturi alcoolice ar putea avea o căsătorie fericită. Ideile și preocupările de suicid întîlnite într-un procentaj de 8% erau mai pronunțate la acele femei care nu vedeau nici o ieșire din situația lor critică.

Deci, iată că abuzul de băuturi alcoolice prin crearea unor relații intrafamiliale neconfortabile și pline de tensiune și lipsuri, favorizează suicidul nu numai la alcoolici, ci și la persoanele foarte apropiate lor, cum sînt soțiile și copiii.

Din observațiile noastre rezultă că din totalul celor 310 bolnavi internați pentru tentative de suicid (între anii 1961—1970). 108 (34,83%) au recunoscut consumul frecvent de alcool, în timp ce 49 (15,87%) au comis acest act în stare de ebrietate, iar 38 (12,20%) au fost încadrați în grupa alcoolismului cronic, dar și prezența alcoolismului și a tentativelor de suicid în antecedentele eredocolaterale a fost întîlnit destul de frecvent, cum a fost cazul F.I. în vîrstă de 20 ani care, după fiecare consum de alcool devenea autoagresiv cu tendințe evidente autolitice (prin spînzurare), cum de fapt a procedat și tatăl său, care într-o stare de ebrietate s-a sinucis prin spînzurare. Din analiza motivelor care i-a determinat pe aceștia să abuzeze într-o măsură mai mare sau mai mică de băuturi alcoolice şi ca în cele din urmă sub influenţa acestora să ajungă pînă la comiterea unor tentative de autosuprimare, rezultă cel mai frecvent că nu ei ar fi de vină, ci persoanele apropiate sau şefii şi colegii lor de muncă, care nu i-ar înţelege şi ar demonstra faţă de ei o permanentă şi rece ostilitate, ajungînd astfel la pierderea prestigiului şi la şubrezirea stării de sănătate, iar în multe cazuri totul ar porni de la neînţelegerile familiale şi în special a soţiei care ar fi infidelă separîndu-se, părăsindu-l sau chiar divorţînd şi luîndu-i totodată iş copiii fără care viaţa lui ar fi insuportabilă, fără însă a fi capabil să-şi efectueze autoapreciere realistă a părţilor bune şi a defectelor personalităţii sale deteriorate de abuzul de alcool, şi din care cauză în majoritatea cazurilor nu familia le-a creiat o existenţă insuportabilă şi plină de lipsuri şi brutalităţi, ci ei înşişi au creiat această existenţă propriei familii, dezmembrînd-o. De fapt am putea spune că acolo unde există unul sau mai mulţi alcoolici, avem de a face cu o „familie patogenă", în care relaţiile intrafamiliale sado-masochistic (discuţii, scandaluri, agresiuni, jigniri reciproce, etc. urmate apoi de împăcare) sau „regresive mamă-copil" (în care mama trebuie să fie totodată mamă şi tată), sînt întotdeauna dominate de nesiguranţă, anxietate, nelinişte şi ambivalenţă, etc. Dar în acelaşi timp nu trebuie uitat nici faptul că se întîlnesc şi cazuri de alcoolism la femei şi tineri la care nu numai degradarea bio-psihică este mai rapidă, ci se întîlneşte şi o incidenţă mai ridicată de preocupări şi tentative autolitice decît la bărbaţi (SIM, 1963 ; GRECU şi colab. 1973, DISERTORI şi PIAZZA 1970, MACREA şi colab. 1978, etc.

În acelaşi timp se cunoaşte faptul că incidenţa atît a alcoolismului cît şi a suicidului comparativ cu populaţia autohtonă este mult mai ridicată la emigranţi, a căror dezrădăcinare, nostalgie, insingurare şi alte dificultăţi psihologice şi materiale facilitează aceste fenomene (DISERTORI şi PIAZZA 1970).

Deci, iată că şi aceste aspecte demonstrează din plin că alcoolismul constituie un fenomen cu o multiplicitate de probleme sociale, psihiatrice, psihologice şi medicale a cărui tratament efectiv trebuie să pornească de la măsuri complexe social-educative şi psihomedicale de profilaxie primară. Aceste măsuri complexe socio-chimice şi psiho-terapeutice vizează nu numai susţinerea şi informarea alcoolicului, ci şi a anturajului, şi în general a societăţii întregi care va trebui să găsească cele mai adecvate soluţii economico-educative pentru ca odată cu o educaţie şi informare realistă să se poată reduce treptat şi consumul de băuturi alcoolice pe cap de locuitor.

În acest context ne permitem să demonstrăm prin două tabele şi un grafic că în judeţul Mureş cu o populaţie de peste 607.000 locuitori, din care 2/3 sînt adulţi, consumul de băuturi alcoolice comercializată în ultimii 4 ani (fără a le putea aprecia pe cele realizate în gospodăriile individuale), în special a celor concentrate, are o tendinţă evidentă de creştere.

Tabel nr. 1

Situaţia vînzărilor (în mii de litri) de băuturi alcoolice în ultimii 4 ani în judeţul Mureş.

Denumirea băuturii	Anii			
	1976	1977	1978	1979
BERE	23.961	23.225	25.527	28.653
VIN	721	755	795	723
CONIAC, VERMUT, etc.	1.020	1.155	1.547	1.801
ŢUICĂ, alte băuturi concentrate	4.627	5.017	5.887	6.320

Pornind de la aceste cifre, am trecut la calcularea indicelui de creştere (surprinzător de rar de descreştere) a contităţii consumului de băuturi alcoolice comercializate.

Tabel nr. 2

Indicele de creştere al consumului de băuturi alcoolice comercializate :

Denumirea băuturii	Anii			
	1976	1977	1978	1979
BERE	100	97	106	119
VIN	100	104	110	101
CONIAC, VERMUT, etc.	100	113	151	176
ŢUICĂ, alte băuturi spirtoase	100	109	127	136
Global:	100	102	118	131

În prelucrarea indicelui de creştere, am luat ca bază de referinţă consumul din 1976 (100%), observîndu-se astfel o creştere treptată în special la băuturile concentrate, care au atins cifra de 176% pentru coniac şi respectiv 136% pentru ţuică, în timp ce doar consumul de vin se menţine aproape la acelaşi nivel (101%). Cu toate acestea, indicele global se ridică la 131%.

Menționăm că în studiul nostru nu a fost inclusă cantitatea greu estimabilă de băuturi alcoolice, în special vin și țuică. produse în gospodăriile proprii, care deși nu intră în circuitul comerțului de stat, intră în circulația sanguină a băutorilor.

În același timp semnalăm și faptul că în gospodăriile particulare. atît de la oraș cît și de la țară, se prepară din coacăze negre, smochine, zmeură și chiar din struguri cantități însemnate de vin, condiții în care fructele respective nu-și ating scopul destinat de comerțul de stat.

Din cele de mai sus se desprinde o concluzie extrem de importantă și anume „necesitatea combaterii acestui inamic, denumit alcoolism".

Dar tot mai mult ne convingem că alcoolismul este greu de combătut și mai ales atunci cînd el a devenit pentru alcoolic „un mod de viață" și tocmai de aceea în scopul obținerii unor rezultate bune și a prevenirii instalării unor comportamente autolitice, este necesar să nu folosim fraze ostile și jignitoare, înfricoșătoare, ci să apelăm la cele încurajatoare, pline de speranțe și de mobilizare a dezvoltării încrederii în sine (în propriile forțe), iar concomitent cu tratamentul clinic sau ambulatoriu să trecem și la pregătirea anturajului care va trebui să-l primească cu căldură și o încredere compensator-stimulatoare în decizia sa de a renunța la consumul de băuturi alcoolice.

În vederea realizării acestui deziderat de recuperare bio-psiho-socială a bolnavului alcoolic, va trebui să acordăm o atenție fiecărui aspect al vieții pacientului în așa fel încît el să simtă nu numai propria sa responsabilitate, ci și ajutorul eficient al factorilor familiali și sociali care să-i determine încrederea că fără alcool el poate beneficia de mai multe satisfacții decît abuzînd de el.

Responsabilă de alcoolism alături de obiceiuri și concepții tradiționale greșite, este și ignoranța specifică față de pericolul abuzului de băuturi alcoolice cît și jocul unor interese economice importante în economia țării noastre în care viticultura și pomicultura, precum și comerțul cu aceste băuturi ocupă un loc important. Dar cu toate acestea o sarcină importantă a societății noastre o constituie informarea populației și în special a tineretului asupra formelor și modului în care excesul de băuturi alcoolice contribuie la degradarea și decadența ființei umane și care este doza dincolo de care alcoolul devine un toxic periculos.

Desigur că prin repercursiunile somato-psihice și economice pagubele sociale ale excesului de alcool sînt imense, aproape incomensurabile și ele lovesc atît în structura bio-psiho-socială a alcoolicului ctî și asupra descendenților. familiei, colectivului de muncă și în general în întreaga societate.

În general, pe lîngă pagubele amintite, alcoolismul favorizează și determină un comportament aberant cu manifestări sociale negative, printre care un loc important îl ocupă preocupările și tentativele de suicid reușite, realizate pe fondul unor crize sau stări depresive.

EPILEPSIE ȘI ALCOOLISM

M. Șelaru

— Iași

Rolul alcoolismului în apariția epilepsiei este un factor recunoscut de peste un secol. M. Huss atrăgea atenția asupra diagnosticului diferențial dintre crizele convulsive, care apar la alcoolicii inveterați și care n-au suferit de epilepsie, dar sînt consumatori abuzivi de alcool. Se cunoaște rolul pe care îl are alcoolul în determinarea unei crize epileptice la un bolnav de epilepsie recunoscut, după cum este general admisă posibilitatea ca alcoolul ingerat în mod abuziv să determine apariția epilepsiei la un subiect pînă atunci indemn de această afecțiune, sau să developeze, ca un revelator, o epilepsie larvată. Rolul participării alcoolului în mecanismele etiopatogenice ale epilepsiei este în mod diferit însă apreciată de la un autor la altul. E. Kraepelin apreciază epilepsia alcoolică la o incidență de 30%, M. Victor și K. D. Adams, 12%, în timp ce L. Marchand și J. D. Ajuriaguerra apreciază rolul exclusiv al alcoolului la 4,3% din totalul cazurilor observate.

L. Marchand citînd un număr de 26 statistici privind alcoolismul părinților în antecedentele bolnavilor de epilepsie, constată o medie de 29%. Datele sînt însă cu mult mai dispersate și astfel J. Lereboullet citează pe Voisin care relevă un nivel de 12%, Legrain de 13% și Kovalevski de 60%. Legrain a studiat un număr de 761 descendenți de alcoolici și a găsit un număr de 131 (17%) epileptici, iar Heuyer, Mises și Dereux, studiind un număr de 100 copii descendenți din părinți alcoolici cronici evidențiază 10% epilepsie, 30% întîrzieri a dezvoltării psihomotorii și 60% tulburări de comportament.

A. K. Koss și colab. au cercetat nivelul mintal al unui număr de 40 copii între 2,5 și 15,5 ani, proveniți din 31 părinți alcoolici. Dintre aceștia un număr de 13 copii erau superiori mediei, 17 copii aveau un nivel mediu și 10 submediu. Sindroame nevrotice au fost constatate la toți cei care depășeau media, la 12 copii de nivel mediu și la 7 copii cu nivel submediu. S-au mai notat enurezis în 6 cazuri, personalitate histeriformă în 4, personalitate compulsivă în 4, atitudini inadecvate față de muncă în 17, tulburări comportamentale în 23 cazuri.

M. M. Nichols a prezentat un sindrom acut de abstinență la un nou născut de o mamă de 37 ani. La copil delirium tremens s-a instalat cu ocazia nașterii, prezentînd clinic agitație, tremurături și convulsii. Mama, de asemenea, a prezentat convulsii care erau similare cu cele prezentate de copil. Copilul a răspuns favorabil după a 3-a zi de administrare de glucoză, vitamine din grupul B și la injecție intramusculară de clorpromazină. În a 5-a zi apare o stare de letargie cu hiperbilirubinemie care necesită exsanguinotransfuzie. Reexaminat la 7 luni, copilul apărea normal.

În stările de intoxicație alcoolică acută pot apare accidente convulsive realizînd așa numita „beție convulsivantă", a cărei semnificație prezintă unele particularități care trebuie luate în considerare în mod atent.

Brown și Harvey au reunit în 1941 un număr de 120 observații de hipoglicemii induse de alcool.

J. Weill și J. Cl. Gorouben, raportează cazul unui copil care face hipoglicemie după ingestia accidentală à jeun de vin.

H. I. Heggarty descrie convulsii hipoglicemice la doi copii în vîrstă de 4 ani. La 5 ore după ingestia de sherry, unul din copii a avut o alcoolemie de 100 mg%, iar convulsiile au cedat la 10 min după administrarea orală de glucoză și lapte, iar în cel de-al doilea caz care ingerase 400 ml de gin, s-a ajuns la o glicemie de 12 mg%, convulsiile cedînd după două min de la administrare i.v. de dextroză.

Majoritatea autorilor împărtășesc punctul de vedere, că, în cursul intoxicației alcoolice acute, crizele convulsive au o frecvență minimă, dar nu neglijabilă și, de obicei, în asemenea cazuri trebuie căutată natura traumatică. Tulburările mnezice la care se adaugă stările confuziv-oniroide, automatismele ambulatorii, tentativele și tendințele suicidare, poartă marca evidentă a unei manifeste suferințe encefalice.

N. I. Bastonganașvili și A. E. Carceava, raportează cazul unui bolnav care prezintă o stare de automatism ambulator care s-a dezvoltat după consumul de băuturi alcoolice și în care se pune în mod deosebit problema diagnosticului diferențial dintre isteric, epilepsie și alcoolism.

Studiind la un număr de 1575 bolnavi de epilepsie semnificația clinică a intoxicației cronice alcoolice, noi am constatat frecvența consumului de băuturi alcoolice la un număr de 280 (17,83%) bolnavi dintre care majoritatea (264) bolnavi de sex masculin. În raport de repartiția pe grupe, lotul studiat de noi se distribuie astfel:

Vîrsta	M.	F.	Total
pînă la 20 ani	11	—	11
21—25 ani	22	—	22
26—30 ani	45	1	46
31—35 ani	45	1	46
36—40 ani	35	—	35
41—45 ani	41	6	47
46—50 ani	23	4	27
51—55 ani	30	—	30
56—60 ani	8	2	10
61—65 ani	4	2	6
Total:	264	16	280

Din totalul de 280 bolnavi sînt consumatori moderați de băuturi alcoolice un număr de 31 bolnavi, toți de sex masculin; consumă abuziv băuturi alcoolice un număr de 103 bolnavi; consumă ocazional un număr de 146 bolnavi.

În ce privește influența alcoolului asupra crizelor convulsive, notăm faptul că au apărut mai frecvente și mai grave în perioada imediat următoare consumului de băuturi alcoolice într-un număr de 22 cazuri dintre care 6 cazuri în grupa de vîrstă 36—40 ani și alte 7 cazuri în grupa de vîrstă 51—55 ani. În 20% din cazuri crizele au fost rare și au survenit, de obicei, dacă la consumul de băuturi alcoolice se asocia oboseala sau stările conflictuale familiale, iar stări de rău epileptic s-a impus cu necesitate internarea de urgență a bolnavilor în spital.

La bolnavii cu consum moderat de băuturi alcoolice, 8 cazuri, chiar consumul moderat de băuturi alcoolice a determinat apariția zilnică a crizelor. La acești bolnavi s-a remarcat prezența în antecedente a traumatismelor cranio-cerebrale.

În cazul bolnavilor cu consum abuziv de băuturi alcoolice, crizele au devenit mai frecvente și mai grave într-un număr de 96 cazuri.

Din studiul nostru, alcoolismul cronic sau alcoolomaniile au determinat criza comițială la un număr de 103 cazuri, ceea ce, raportat la totalul de 1 575 bolnavi de epilepsie reprezintă 6,39%, valoare care se apropie în mod evident de valorile medii de incidență a epilepsiei în rîndul populației totale, ca și de valorile moderate a incidenței epilepsiei alcoolice raportate de diverși autori, așa cum s-a văzut anterior. Crizele comițiale au apărut pe fondul alcoolismului cronic în 75 cazuri, în timpul decompensării psihotice la un număr de 11 cazuri, iar în alte 11 cazuri de crize dipsomanice, consumul excesiv de băuturi alcoolice a evidențiat terenul comițial. Accidentul comițial a fost determinat de intoxicația etilică acută într-un număr de 6 cazuri; crizele au survenit a doua zi după internare la toate cele 6 cazuri cu intoxicație etilică acută.

Dintr-un număr de 45 cazuri de bolnavi cu psihopatie epileptică și etilism cronic, implicațiile medico-legale le-am întîlnit într-un număr de 31 cazuri dintre care: 4 bolnavi au comis furturi, 7 acuzați de vagabondaj, 7 pentru huliganism; alți 9 bolnavi au comis acte de periculozitate socială. 3 au fost internați pentru acte agresive și într-un caz s-a constatat o crimă de omor.

Se consideră că epilepsia survine cu mult mai frecvent la bolnavii care prezintă stări alcoolomanice și îndeosebi la cei cu delirium tremens sau cu bufee confuzo-onirice realizate și de stările de delirium tremens subacut sau de predelirium.

Magnan semnalase deja că la acești bolnavi criza precede delirul. Ulterior s-a notat că întreruperea băuturilor alcoolice determină, într-un interval de 24—48 ore apariția atît a crizelor epileptice la unii bolnavi, ca și a stării psihotice.

L. Marchand găsește o incidență de 12% a crizelor comițiale la bolnavii cu delirium tremens, în timp ce Boudin dă o cifră de 20%, Giove și Gastaut în 4,8%, iar J. Lereboullet în 2% din cazuri.

M. Victor și C. Branch au studiat un număr de 241 alcoolici, dintre care 213 au avut crize convulsive la întreruperea consumului de băuturi alcoolice. Autorii consideră că o treime din numărul bolnavilor cu delirium tremens dezvoltă crize comiţiale. La restul de 28 bolnavi autorii au găsit în 7 cazuri epilepsia idiopatică anterioară instalării sindromului alcoolic cronic, iar la 21 bolnavi se notează antecedentele cu traumatisme cranio-cerebrale la care s-a asociat consumul abuziv de alcool. La aceştia din urmă, electroencefalograma relevă o incidenţă crescută a anomaliilor focale. La cei 7 bolnavi cu epilepsie idiopatică, consumul de alcool a determinat apariţia stării de rău epileptic. La un număr de 148 bolnavi crizele au survenit într-un interval de 7—48 ore de la întreruperea consumului de băuturi alcoolice, la 27 după 7—12 ore de la întrerupere, la 8 dintre ei între 24—48 ore.

Răspunsurile anormale (fotomioclonus, fotoconvulsii şi activităţii paroxistice) pe EEG au fost realizate prin activare fotică la un număr de 35 bolnavi din 84, supuşi la această probă de la 1—48 ore de la întreruperea consumului de alcool. Din 49 bolnavi care n-au răspuns la stimularea fotică, 25 au avut crize comiţiale spontane care au cedat după instalarea deliriumului tremens.

Autorii subliniază rolul abstinenţei nu numai în instalarea stărilor de delirium tremens, dar şi a stărlor comiţiale.

M. Greenblatt, şi colab., pe un număr de 157 alcoolici, găsesc alterări ale traseului care cresc cu vîrsta şi cu instalarea tulburărilor psihice, cele mai multe anomalii fiind întîlnite în psihoza Korsakov.

W. F. Gorman, şi colab., explorînd EEG unui număr de 21 bolnavi cu sindrom Korsakov, găsesc în 17 cazuri trasee normale.

F. Zhiebaud, şi colab., explorînd EEG, 3 sindroame Korsakov găseşte o activitate de fond disritmică cu bufee de unde lente generalizate, atestînd suferinţa cerebrală difuză.

J. Lereboullet, şi colab., pe un număr de 29 cazuri de atrofii cerebrale alcoolice găsesc în 15 cazuri un traseu normal, 6 cazuri cu traseu plat şi în 3 cazuri traseu alterat cu ritm teta şi unde lente.

Dat fiind faptul că în literatura de specialitate pe care am consultat-o, nu am întîlnit un studiu privind relaţia dintre sindromul Korsakov şi sindroamele paroxistice epileptice, ne-am oprit asupra acestui capitol. În acest sens, am studiat un număr de 67 bolnavi cu sindrom Korsakov internaţi în Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" Iaşi, în perioada 1971—1979. Dintre aceşti bolnavi 56 (83,6%) aparţin sexului masculin şi 11 (6,47%) sînt de sex feminin. În ce priveşte repartiţia pe grupe de vîrstă, constatăm că cei mai mulţi bolnavi aparţin grupei de vîrstă 36—40 ani în număr de 15 (22,2%). Menţionăm că această grupă de vîrstă apare cu maximum de incidenţă atît în ce priveşte internările pentru afecţiuni alcoolice, ca şi pentru epilepsie. În celelalte grupe, au fost internaţi cîte 2 (2,9%) bolnavi din grupa 21—25 ani şi 26—30 ; 10 bolnavi (14,8%) din grupa 41—45 ani, 11 (6,41%) din grupa de vîrstă 46—50 ani, 5 (7,4%) din grupa 56—60 ani şi 2 (2,9%) bolnavi din grupa de vîrstă 61—65 ani.

După diagnosticul cu care au fost internaţi bolnavii din lotul studiat, am reţinut că un număr de 9 (13,4%) bolnavi au fost internaţi cu diagnosticul de „psihoză Korsakov", 1 (1,49%) cu diagnosticul de sindrom Korsakov, ciroză hepatică ascitogenă, un alt bolnav (1,49%) cu diagnosticul de psihopolinevrită Korsakov, leuconevraxită şi alcoolism cronic, 8 (11,92%) bolnavi au fost internaţi cu diagnoza de psihopolinevrită Korsakov şi epilepsie, 3 (4,47%) bolnavi cu sindrom Korsakov pe fond encefalopat etc.

Studiul detaliat al observaţiilor clinice a evidenţiat faptul că la cei mai mulţi bolnavi, psihopolinevrita Korsakov s-a instalat pe fondul uneia sau mai multor tare preexistente, afecţiunii alcoolice care a debilitat organismul şi a favorizat apariţia tulburărilor metabolice şi psihice consecutive ingerării abuzive de băuturi alcoolice.

Astfel, pe lîngă etilismul cronic, un număr de 3 (4,47%) bolnavi au prezentat şi un traumatism craniocerebral, 3 (4,47%) tuberculoză pulmonară, 3 (4,47%) hepatită epidemică şi ulcer duodenal, 2 (2,9%) au suferit de encefalită, 6 (8,94%) au prezentat accidente convulsivante în cursul alcoolismului cronic, 2 (2,9%) au prezentat hepatită epidemică şi 1 (1,49%) avea şi ciroză hepatică, 1 (1,49%) suferise de o peritonită tbc, 1 prezenta în antecedente hepatită, bronşită cronică, emfizem pulmonar, diabet şi un traumatism cranio-cerebral ; un alt bolnav asocia pe lîngă etilismul cronic 4 traumatisme cranio-cerebrale, ulcer gastro-duodenal, sifilis, accidente convulsive.

Examenul neurologic a pus în evidenţă la bolnavii de psihopolinevrită Korsakov tremurături ale extremităţilor la 36 (53,6%) bolnavi, dureri la compresiunea maselor musculare la 38 (65%) bolnavi, iar la 48 (80,2%) dntre bolnavi s-au evidenţiat amorţeli, parestezii. Vorbirea dizartrică am notat-o la un număr de 17 (25,5%) bolnavi.

Examenul psihic evidenţiază modificări ale comportamentului afectiv ale proceselor de cunoaştere şi personalităţii. Astfel, am constatat un comportament caracterizat prin manifestări de impulsivitate explozivă şi iritabilitate la un număr de 38 (56,7%) dintre bolnavi, fenomene de scurtă durată cu manifestări neurovegetative evidente şi care fac, din această cauză, din bolnav un subiect cu potenţial medico-legal evident crescut. Schiţarea unui delir persecutat-persecutor l-am întîlnit la un număr de 8 (12,32%). Insomniile au fost acuzate de 32 (47,4%) bolnavi, stările de agitaţie psihomotorie cu impulsivităţi agresive au prezentat 16 (23,8%) bolnavi, stările depresive le-am înregistrat la 14 (20,8%) bolnavi, iar cefalee, ameţeli astenie, la 29 (43,2%) bolnavi. Tulburarea dispoziţiei în sens euforic era prezentă la 12 (17,9%) bolnavi, tulburările de cunoaştere la 29 (43,2%) din totalul bolnavilor studiaţi. Tulburările de percepţie şi dezorientare temporo-spaţială şi la propria persoană s-au evidenţiat la 18 (26,8%) subiecţi, starea confuzivă la 6 (8,95%) şi sindromul demenţial manifest de la început la 3 (4,47%) dintre bolnavi. Tulburările de reprezentare manifestate sub formă de halucinoze şi halucinaţii le-am întîlnit la un număr de 36 (53,7%) dintre bolnavi.

Concomitent cu aceste tulburări am constatat, pe baza examenului clinic tulburări ale proceselor de atenție voluntară la un număr de 42 (69,7%) dintre bolnavi, iar procesele de memorie de fixare și evocare au fost perturbate invariabil la toți bolnavii studiați.

Gîndirea a fost interesată din punct de vedere al ritmului la 10 (14,9%) bolnavi, iar din punctul de vedere al conținutului la 8 (12,32%) bolnavi cu tematica delirantă nesistematizată de gelozie.

În raport cu durata consumului de alcool se constată că frevența maximă a îmbolnăvirilor apare după 13—15 ani de consum abuziv de băuturi alcoolice. Remarcăm de asemenea faptul că psihopolinevrita clasică Korsakov a avut, așa cum se desprinde din cele de mai sus, un tablou clinic mai atenuat, iar cu evoluția datorită precocității tratamentului ca și evantaiului larg de mijloace terapeutice, în general evoluția este favorabilă îndeosebi sub aspectul tulburărilor de memorie.

Raportîndu-ne la cazuistica noastră constatăm la 11 (16,39%) subiecți cu sindrom Korsakov care în același timp prezintă crize paroxistice de pierdere a cunoștinței. Redăm în cele ce urmează observațiile bolnavilor pe care le considerăm instructive din acest punct de vedere.

Obs. nr. 1. Bolnavul A. Al. în vîrstă de 37 ani se internează pentru prima dată în Spitalul clinic de psihiatrie „Socola“ Iași pe data de 7.IV.1969 pentru consum abuziv de băuturi alcoolice, tulburări ale memoriei de fixare, irascibilitate, impulsivitate, acte comportamentale aberante, în cursul cărora înjură și amenință diverși cetățeni. Din antecedentele patologice remarcăm consumul de băuturi alcoolice din copilărie și a devenit abuziv începînd cu vîrsta de 16 ani. Pacientul consumă îndeosebi băuturi distilate (țuică) în cantități de 600—700 ml pe zi, în special cu un an înainte de internare. În același timp, remarcăm un traumatism cranio-cerebral suferit în 1956 în regiunea frontală. Pacientul prezintă crize de pierderea conștiinței de tip grand mal. Pacientul se exteriorizează prin impulsivitate, irascibilitate crescută cu tendințe impulsive și de agresivitate, cu stări de labilitate emoțională, cu discretă fugă de idei, dar cu desfășurare nefluentă. Procesele de investigație și selecție se desfășoară cu evidente dificultăți de înregistrare, expresie a dificultăților de concentrare a atenției și a memoriei de fixare. La proba de atenție efectuînd barajul pe testul Bourdon-Anfimov în decurs de 10 min. bolnavul face următoarele omisiuni : în primul minut 5, în al doilea 10. în al treilea minut 3. în al patrulea 10, în minutul 5 și 6 cîte 7, în minutul 7 face 9 omisiuni, în al optulea — 7 omisiuni. În ce privește memoria de fixare este deosebit de deficientă, bolnavul neputînd reproduce decît doar cîteva cuvinte din 15 cuvinte care i-au fost repetate de mai multe ori. Din relatările familiei rezultă că bolnavul prezenta stări de beție patologică ce surveneau la cantități minime de alcool. Examenul EEG nu relevă modificări particulare ale traseului, în timp ce PEG atestă o masivă atrofie fronto-temporală dreaptă.

Obs. nr. 2. Bolnavul B. Gh. din Iași, în vîrstă de 29 ani se internează pentru prima dată în Spitalul clinic de psihiatrie „Socola“ Iași la 9.IV.1963 cu diagnosticul de etilism cronic. Consumă abuziv băuturi alcoolice de la vîrsta de 26 ani. Din antecedentele personale remarcăm un traumatism cranio-cerebral la vîrsta de 21 ani prin cădere din tren, un al doilea traumatism cranio-cerebral prin cădere de la 10 m și în fine, un al treilea traumatism cranio-cerebral prin accident de avion. Prezintă în același timp, un ulcer duodenal confirmat radiologic în cursul internării. La examenul endocrinologic se remarcă o inserție feminină a pilozității pubiene, iar semnele Clikostek și Weiss pozitive. Tiroida ușor palpabilă. La internările ulterioare prezintă stare de neliniște, anxietate, inapetență, labilitate emoțională, halucinații vizuale terifiante macropsice, ca și halucinații auditive cu conținut injurios și imperativ la adresa bolnavului. Se remarcă, de asemenea, perturbări ale proceselor de atenție în ce privește volumul, distribuția și capacitatea de concentrare, iar memoria de evocare și îndeosebi cea de fixare sînt accentuat deficitare. Pacientul confabulează, iar în ce privește profesia se declară pe rînd inginer, lăcătuș, pilot, student și în același timp prezintă false recunoașteri și are unele idei delirante nesistematizate cu caracter megalomaniac. Este dezorientat în timp și spațiu și la propria persoană. Reflexele osteotendinoase sînt exagerate îndeosebi în partea dreaptă. Din 1966 pacientul prezintă stări de pierderea cunoștinței cu convulsii tonico-clonice generalizate.

Obs. nr. 3. Bolnavul M. St. din Iași, în vîrstă de 46 ani a fost internat pentru prima dată în Spitalul clinic de psihiatrie „Socola“ Iași în anul 1962 cu diagnosticul de „manie confuzivă pe fond etilic“, fiind transferat de la Clinica a II-a medicală pentru stare de agitație psihomotorie, insomnie, halucinații auditive și vizuale terifiante, tremurături ale extremităților, logoree, vorbire dizartrică, insomnie, fenomene care au survenit după o pneumonie pe fondul consumului cronic și abuziv de băuturi alcoolice. Sevrajul ca și procesul infecțios au declanșat tabloul clinic de mai sus, caracteristic pentru o psihoză alcoolică de tipul deliriumului tremens. După retrocedarea fenomenologiei psihotice ca și a procesului pneumonic, examenul radiologic atestă prezența bronhoemfizemului pulmonar. Examenul tegumentelor atestă prezența unei afecțiuni a colagenului — lupus eritomatos al feței.

Reinternat la 12.VII.1968 pacientul prezintă dificultăți accentuate de mers, aspectul pelagroid al tegumentelor de pe fața dorsală a mîinilor. pielea este glabră, detașabilă mult de pe țesutul subjacent, reflexele osteo-tendinoase clonoide polichinetice, dureri accentuate la compresiunea maselor musculare, reflexele palmo-mentoniere prezente bilateral. Bolnavul acuză inapetență sexuală totală, incontinență de urină și materii fecale. Comunicarea este lentă, greoaie, cu pauze între cuvinte ; pacientul este parțial orientat allo și autopsihic, prezintă insomnie, cefalee, amețeli. Prezintă dificultăți marcate ale memoriei de fixare, este hipoprosexic, sfera de preocupări este îngustată. În cursul spitalizării prezintă două *crize convulsive de tip grand mal.* Se reinternează în 1969 pentru tulburări accentuate ale memoriei de fixare, fenomene de polinevrită cu acuze de hiperestezie, hiperpatie, dureri accentuate la compresiunea maselor musculare, confabulații și crize comițiale de tip grand mal care s-a intensificat înainte de internare, survenind în serie, ca urmare îndeosebi a întreruperii consumului abuziv de alcool. Examenul EEG practicat în această perioadă relevă un traseu cu ritmul dominant de tip teta, îndeosebi în derivațiile biparietatle, intercalat cu unde alfa. Activarea prin hiperpnee nu modifică traseul. O nouă internare se realizează pe data de 5.VII.1969 pentru cefalee, fatigabilitate marcată, tulburări mnezice, îndeosebi ale memoriei de fixare, cu dezorientare temporo-spațială moderată, hipoprosexie voluntară. Examenul neurologic evidențiază parestezii în hemifaciesul drept, dureri vii la compresiunea maselor musculare, crampe claudicative în mers cu diminuarea pulsului arterei tibiale, reflexele osteo-tendinoase diminuate. Examenul atent al proceselor gîndirii arată că în ce privește ritmul gîndirii acesta este lent, cu unele pauze mai lungi între cuvinte, cu discrete fenomene de afazie amnetică. Conținutul gîndirii este normal, logic în ce privește expresia cu propoziții scurte, dar cu dificultăți evidente în raționamentele mai compilcate și atunci bolnavul confabulează. În ce privește paroxismele convulsive se remarcă faptul că după suspendarea consumului de băuturi alcoolice prezintă mai rar crizele convulsive de tip grand mal dar s-au adăugat crize sub formă de absențe și echivalențe.

Obs. nr. 4. Bolnavul H. C., în vîrstă de 65 ani din Iași se internează pentru prima dată la 25.IX.1964 pentru stare de neliniște, acuze de tip halucinozic și tulburări ale memoriei de evocare a datelor recente, ca și ale memoriei de fixare, acuzînd în același timp crize de suspendare a cunoștinței cînd declară că pleacă de acasă și nu știe unde ajunge și mai ales cum a ajuns în locuri străine unde n-a avut intenția să ajungă. Iese din spital cu diagnosticul de „sindrom nevrotiform involutiv“. Din antecedentele personale notăm : lues humoral la vîrsaa de 21 ani tratat ; tifos txantematic la vîrsta de 17 ani. Examenele l.c.r. nu atestă modificări cu excepția unei albuminodahii de 0,46 g‰. Pacientul revine pentru internare în 13.II.1966 prezentînd cefalee, insomnie, tremurături accentuate ale extremităților, transpirații profuze, vise terifiante cu caracter zoopsihic, halucinații vizuale macdopsihice cu caracter terifiant, dismnezia de fixare și de evocare, hipoprosexie voluntară și spontană, dizartrie, incoerență verbală, ideatorie, confabulații, dureri la compresiunea maselor musculare, exagerarea reflexelor osteotendinoane și *crize de suspendarea cunoștinței de tip grand mal* determinate de suspendarea consumului de alcool. Bolnavul se reinternează pe data de 31.V.1968 pentru cefalee, tremurături accentuate ale membrelor superioare, tulburări accentuate ale memoriei de fixare și de evocare a datelor recente, fatigabilitate, dureri în membrele inferioare, labilitate emoțională cu iritabilitate explozivă, halucinații vizuale (vede „oameni mari urîți“, animale etc) cu caracter terifiant, gîndire lentă, ilogică. Prezintă de 2—3 ori pe zi crize de pierdere a cunoștinței de tip grand mal și îndeosebi atunci cînd se suprimă consumul de alcool. Se reinternează pe data de 25.IX.1968 cu dezorientare auto și allopsihică, tremurături accentuate, limbaj dizartric, facies aton, hipomimic, dureri la compresiunea maselor musculare, decompensări dipsomanice, insomnie cu fenomene de turbulență nocturnă, hipomnezie de fixare, confabulații, lentoare ideatorie, deficit global al funcțiilor de cunoaștere, tendințe accentuate dipsomanice, crize de pierderea cunoștinței de tip grand mal ca și de tip psihomotor precedate de halucinații terifiante.

Obs. nr. 5. Bolnavul M. C., în vîrstă de 37 ani din Iași, de profesie funcționar, se internează în Spitalul „Socola“ Iași pentru tremurături accentuate la nivelul membrelor superioare, transpirații, dureri accentuate la compresiunea maselor musculare și a punctelor de emergență a nervilor cranieni, exagerarea reflexelor osteo-tendinoase, vorbire dizartrică explozivă, dezorientare temporo-spațială și la propria persoană, halucinații vizuale și auditive. Halucinațiile vizuale au un caracter zoopsic, terifiant, micropsice sau macropsice ; pacientul prezintă, în același timp, delir oniric halucinator. După amendarea fenomenelor acute ale stării de delirium tremens, pacientul evoluează spre accentuarea tulburării memoriei de fixare, se mențin fenomenele polinevritice și se remarcă apariția falselor recunoașteri și a confabulației. Pe acest fond apar crizele de suspendarea cunoștinței cu contractură tonico-clonică și cu mușcarea limbii în cursul uneia dintre crize.

Obs. nr. 6. Bolnavul C. V. din Bîrlad, funcționar, în vîrstă de 41 de ani se internează pentru tremurături ale extremităților, insomnie, halucinații vizuale, dizartrie explozivă, dureri la compresiunea maselor musculare, dezorientare temporo-spațială, hipoprosexie, deficit de înțelegere a întrebărilor de tipul unei afazii perceptive fără modificări evidente neurologice cu caracter focal, deficit mnezic de fixare foarte accentuat, gîndire lentă. Înainte de internare a avut la domiciliu o *criză de suspendare a cunoștinței* de tip grand mal, iar în cursul spitalizării crizele comițiale tonico-clonice s-au repetat de 6 ori. Din antecedentele patologice personale reținem consumul abuziv de băuturi alcoolice de 5 ani, îndeosebi băuturi distilate și un ulcer duodenal.

Obs. nr. 7. Bolnavul C. M. în vîrstă de 34 ani, de profesie inginer, originar din orașul Focșani, consumator abuziv de băuturi alcoolice spirtoase și fermentate de peste 10 ani. Cu 6 luni înainte de internare prezintă, într-un interval de 48 ore de la întreruperea consumului de alcool *3 crize convulsive de tip grand mal de* suspendare a cunoștinței. La internarea în clinică, efectuată pe data de 30VI.1966 preizntă dezorientare allo și autopishică, fenomene de oscilație ale tensiunii arteriale între 11/6,5—18/12, cefalee, grețuri, vărsături, insomnie, vise terifiante, irascibilitate, hipomneize de fixare ca și de evocare, lentoare ideatorie, dureri la compresiunea maselor musculare, confabulație. În cursul spitalizării prezintă, de asemenea, 3 crize de tip grand mal.

Obs. nr. 8. Bolnavul J. A. J., în vîrstă de 40 ani din Bacău, de profesie contabil, se internează pe data de 9.IX.1962 pentru stare de labilitate afectiv-emoțională, inactivitate, insomnie, consum abuziv de băuturi alcoolice (pînă la 1 000 ml rachiu pe zi), bufee de căldură, senzaţie de sufocare, *crize de pierdere a cunoştinţei*, hipoprosexie, tulburări accentuate ale memoriei de fixare (bolnavul nu poate efectua calcule elementare, (nu poate aduna 5 cifre, deşi este de profesie contabil), dureri la compresiunea maselor musculare şi a punctelor de emergenţă a nervilor cranieni, dispoziţie uneori euforică, false recunoaşteri, tendinţe confabulatorii. Prezintă, de asemenea, tulburări ale memoriei de evocare, pacientul neputîndu-şi aduce aminte adresa de acasă.

Obs. nr. 9. Bolnava G. L. în vîrstă de 54 ani, casnică, din Iaşi, se internează pentru prima dată în Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" Iaşi, pe data de 31.VII.1963. La internare pacienta prezenta : tremurături accentuate ale membrelor superiore, dureri la compresiunea maselor musculare, hiperestezie cutanată, vorbire dizartrică, iritabilitate, cefalee, insomnie, agitaţie confuzivă cu dezorientare allo şi autopsihică, alterarea globală a funcţiilor de cunoaştere, tulburări accentuate ale memoriei de fixare, false recunoaşteri, *crize paroxistice repetate de suspendare a cunoştinţei.* de tip grand mal. Reţinem din examinările de laborator scleroemfizem pulmonar generalizat, iar în ce priveşte probele hepatice, aveau următoarele valori : R. Gross 0,80—1,30, RSC = +++, timolul — 8 u.

Obs. nr. 10. Bolnavul M. I. în vîrstă de 54 ani se internează pentru prima dată în Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" Iaşi pe data de 12.IV.1962 pentru tulburări de orientare allo şi autopsihică, ameţeli, delir de gelozie şi de persecuţie, vise terifiante, dureri la compresiunea maselor musculare, hipoprosexie, sărăcie şi lentoare ideatorie, tulburări importante ale memoriei de fixare şi evocare. Din antecedentele personale reţinem că înainte cu 12 ani de prima internare a prezentat un traumatism cranio-celebral prin agresiune (lovire cu o bară de fier în regiunea frontală stîngă). După externare pacientul continuă să consume băuturi alcoolice şi prezintă şi o *criză convulsivă tonico-clonică de suspendare a cunoştinţei.* Revenit pentru reinternare după un an (26.IV. 1963) se constată o tulburare accentuată a memoriei de fixare, aceasta fiind aproape absentă, pacientul nu mai poate evoca aproape nici parţial rugăciunile uzuale, prezintă halucinaţii vizuale, mobile ce se deplasează în cîmpul vizual, are hipoprosexie voluntară, labilitate afectivă, raţionamente ilogice, sărace din punctul de vedere al conţinutului, puerile. Prezintă periodic *crize de rîs patologic* cu caracter spasmodic fără participare afectivă, de care nu poate relata nimic. Examenul EEG indica un traseu hipovoltat cu ritm alfa inegal şi inconstant, intercalat cu unde teta şi delta fără elemente manifeste de tip comiţial. Examenul pneumoencefalografic atestă o hidrocefalee internă marcată, simetrică cu ectazia şanturilor intercircumvoluţionale subarhnoidiene. Tratamentul roburant sedativ şi anticonvulsivant ameliorează evident simptomatologia clinică.

Obs. nr. 11. Bolnava G. F., de 48 ani, casnică, din Iaşi, se internează pentru dezorientare în timp şi spaţiu şi la propria persoană, dureri de tip polinevritic, bufee de căldură, dispoziţie depresivă cu stări de nelinişte şi decompensări anxioase, inapetenţă, irascibilitate, impulsivitate şi agresivitate, indiferenţă şi dezinteres pentru mediu, fenomene care au survenit în urma consumului abuziv de băuturi alcoolice cu o durată de aproximativ 14 ani. Examenul psihiatric evidenţiază tulburările de limbaj care este incoerent, neinteligibil, hipobulie, hipoprosexie de fixare, deficitul global al funcţiilor superioare de cunoaştere, tulburări ale memoriei de evocare la toate modalităţile ; de asemenea, se consemnează tulburările accentuate ale memoriei de fixare, bolnava nu găseşte imediat cuvintele, îşi dă seama de acest defect şi atunci cînd încearcă să motiveze confabulează în mod pueril, prezintă unele stereotipii verbale. Nu focalizează la examenul neurologic de rutină. În cursul spitalizării prezintă două crize de suspendare a cunoştinţei de tip grand mal.

La baza tulburărilor neuropsihice determinate de consumul abuziv şi de lungă durată de băuturi alcoolice stau modificările abiotrofice induse de acţiunea toxicului asupra encefalului.

Modificările PEG sînt, în acest sens, o dovadă concludentă. Efectuînd un studiu asupra modificărilor PEG într-un număr de 107 psihosindroame alcoolice, noi am constatat modificările semnificative ale creierului.

Astfel, modificările ventriculare fără semne de atrofie corticală cerebrală le-am întîlnit sub următoarele aspecte : dilatări ventriculare globale şi simetrice — 50 de cazuri ; dilatări ventriculate asimetrice în 57 cazuri, dintre care ventriculul drept mai mare decît ventriculul stîng 32 cazuri şi invers, ventriculul stîng mai mare decît ventriculul drept într-un număr de 25 cazuri.

Efectuînd măsurătoarea „indicelui ventricular" pe baza instrumentului realizat de Palvölgyi s-a putut aprecia gradul hidroencefaliei interne. Dacă măsurăm în plan orizontal, distanţa cea mai mare care există între punctele extreme ale bolţii craniene şi împărţim valoarea obţinută în cm prin distanţa maximă care separă conturile celor doi ventriculi cerebrali, obţinem un raport numeric care reprezintă indicele ventricular. În cazul că acest raport este inferior lui 3, sîntem în prezenţa unei hidrocefalii, dacă valoarea indicelui este cuprinsă între 3 şi 3,5, aceasta traduce o dilatare moderată a ventriculilor cerebrali, iar dacă depăşeşte 4 se exclude existenţa unei hodrocefalii.

Analizînd indicele ventricular în alcoolism într-un număr de 92 cazuri din totalul de 107 cazuri, am obţinut următoarele valori :

Valoarea I. V.	2,2	2,3	2,4	2,5	2,6	
nr. de cazuri	3	2	1	4	2,9	
2,7	2,8	2,9	3,0	3,2	3,3	3,5
9	6	2	14	11	4	14
3,6	3,7	3,8	4,0	4,1	4,5	4,6
10	3	1	4	1	1	2

Din datele de mai sus rezultă că indicele ventricular este inferior lui 3 şi ca atare, sîntem în prezenţa unei hidroencefalii manifeste în 30 cazuri ; hidrocefaleea este moderată (indicele cuprins între 3—3,5) într-un număr de 43 cazuri ; hidrocefaleea este discretă (3,6—4,0) într-un număr de 18 cazuri și se exclude prezența unei hidrocefalei într-un număr de 4 cazuri.

Pe același număr de pacienți au fost cercetate valorile liniei verticale. Acest parametru se referă la lungimea verticalei care pleacă din colțul supero-median al ventriculului, sosește pe partea laterală a unghiului ascuțit de deschidere inferioară sau mediană care închide în el partea dorsală a cornului frontal al ventriculului lateral.

În mod normal, valoarea liniei verticale este inferioară lui 1,5 cm. Cînd ventriculul lateral este mai dilatat, peretele său lateral va fi mai apropiat unei drepte, iar valorile liniei verticale vor depăși 1,5 cm.

Valorile liniei verticale se distribuie după cum urmează :

1,2	1,5	1,6	1,7	1,8	1,9	2,0
1	14	3	3	10	2	37

2,1	2,2	2,3	2,5	3,0
2	3	4	10	5

Așa cum se constată din valorile de mai sus, valoarea liniei verticale ventriculare este inferioară lui 1,5 într-un singur caz, este în limitele normalului în 14 cazuri, iar în restul cazurilor depășește valoarea normală.

Cu ajutorul unei rețele centrale de 5/5 mm se pot aprecia, de asemenea, valorile ventriculului III cerebral. În cazurile normale lărgimea ventriculului III nu depășește 4 mm, ceea ce corespunde distanței dintre două linii vecine ale rețelei centrale.

Efectuînd măsurătorile ventriculului III, am găsit într-un număr de 74 cazuri de psihosindroame alcoolice următoarele valori :

0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9
2	3	12	6	9	5	3

1,0	1,1	1,2	1,3	1,5	1,6
18	2	6	3	6	1

Din datele obținute rezultă că se află în limitele normalului un număr de 17 cazuri, sînt la valoarea superioară a normalului 6 cazuri, iar restul cazurilor (51) se constată că au dilatări ale ventriculului III. Aceasta atestă modificările formațiunilor diencefalice cu rol atît de important în procesele de reglare neuro-endocrino-humorală și ca atare de troficitate.

Pe baza celor de mai sus putem afirma că epilepsia alcoolică survine în cazul alcoolismului pe fondul abiotrofiei encefalice cu fenomene de diencefaloză ce are repercusiuni negative asupra întregului organism.

Tot în cursul psihosindroamelor alcoolice, am constatat o serie de modificări de hidrocefalee externă cu lărgirea șanțurilor dintre circumvoluțiuni, fără ca în același timp să se constate modificări ale ventriculilor cerebrali. În acest sens, am constatat procese de atrofie corticală difuză într-un număr de 14 cazuri ; atrofie corticală frontală în 5 cazuri ; atrofie corticală fronto-parietală în 6 cazuri ; atrofie corticală fronto-parieto-temporală în 2 cazuri și atrofie occipitală 1 caz.

În mod frecvent, fenomenele abiotrofice au o distribuție cortico-subcorticală și îndeosebi sînt condiționate de consumul îndelungat de băuturi alcoolice și asocierea concomitentă a unor alte suferințe de natură viscero-humorală. Astfel, am constatat asocierea atrofiilor corticale difuze cu modificări ale sistemului ventricular cerebral într-un număr de 67 cazuri dintre care : 17 cazuri de atrofii corticale difuze cu dilatări globale și simetrice ale ambilor ventriculi cerebrali ; 12 cazuri de dilatări ventriculare în care ventriculul drept este mai dilatat decît cel stîng și 16 cazuri în care ventriculul stîng este mai dilatat decît cel drept. În două cazuri nu s-a opacifiat ventriculul strîng și în 4 cazuri nu s-au opacifiat ambii ventriculi.

Atrofia corticală frontală asociată cu modificări ventriculare am întîlnit-o într-un număr de 33 cazuri.

Modificările ventriculare contemporane proceselor de atrofie frontală se distribuie astfel : dilatări globale și simetrice ale ventriculilor cerebrali, 12 cazuri ; ventriculul drept mai dilatat, 4 cazuri ; ventriculul stîng mai dilatat decît cel drept, 13 cazuri ; deplasare ventriculară, 2 cazuri ; nu s-a opacifiat ventriculul drept în 2 cazuri.

Atrofia occipitală cu dilatări ventriculare globale și simetrice am întîlnit-o într-un singur caz.

Atrofia corticală frontoparietală cu modificări ventriculare am constatat-o într-un număr de 31 cazuri.

Modificările ventriculare le-am întîlnit sub formele următoare, asociate atrofiei duble fronto-parietale : atrofii ventriculare globale și simetrice într-un număr de 11 cazuri ; asimetriile ventriculare în 20 cazuri ; dintre acestea, în 8 cazuri ventriculul drept mai mare decît cel stîng și 12 cazuri în care ventriculul stîng mai mare decît cel drept.

Atrofia corticală fronto-parieto-temporală am întîlnit-o într-un număr de 3 cazuri cu dilatări ventriculare globale și simetrice, iar în două cazuri de atrofie fronto-parieto-temporală, ventriculul drept nu s-a opacifiat.

Din datele prezentate ca și din cazuistica expusă, considerăm că apare în mod evident rolul abiotrofiei cerebrale în generarea accidentelor paroxistice de tip comițial. În același timp, se distinge cu claritate că în instalarea abiotrofiei encefalice ca și în declanșarea crizelor epileptice, intervin mai mulți factori, a căror acțiune nocivă se sumează la un același bolnav, concurînd la crearea condițiilor favorabile apariției decompensărilor explozive convulsivante.

SEMIOLOGIE NEUROLOGICĂ ÎN ALCOOLISMUL CRONIC — STUDIU ASUPRA A 200 CAZURI INTERNATE ÎN CLINICA PSIHIATRICĂ CLUJ-NAPOCA

Aurelia Sîrbu, Doina Popescu, D. Colceriu, G. Bicher
— *Cluj-Napoca*

Alcoolul etilic este cel mai frecvent şi în continuă creştere dintre factorii etiologici ai farmacodependenţei, situîndu-se în fruntea categoriilor de modele propuse de către OMS, iar onirofilia etanolică implică alături de intoxicaţia voluntară, ca mod episodic de autoagresiune, o problemă psihiatrică deosebit de complexă cu participarea de factori genetici. biologici, afectivi, sociali, consecinţele sale reflectîndu-se atît în sfera individului — afectîndu-l somatic, psihic şi moral, cît şi prin repercutarea intensă socială, familială şi profesională. Nefiind un consens asupra noţiunii de alcoolism, iar problemele demografice, morale, juridice şi medico-psihologice fiind deosebit de complexe, nu există date, suficient de corecte, epidemiologice, considerîndu-se, totuşi, că o treime din bolnavii spitalizaţi în servicii de psihiatrie au alcoolismul drept complicaţie. Permisivitatea socială, modelul cultural, caracterul licit al toxicului oferă posibilităţi în limite extrem de variabile în aprecierea fermă a unui cadru nozologic cu implicaţii ample medico-sociale, economice, culturale şi juridice, reprezentînd o grea povară pentru societate, obligaţia de a suporta consecinţele abuzului de alcool — morbiditate, asistenţă socială, spitalizarea, medicaţie, milioane de ore de incapacitate de muncă. Stabilind o corelaţie semnificativă între consumul de alcool pe cap de locuitor, mortalitatea prin ciroză hepatică şi băutul excesiv — doză zilnică de peste 150 ml, Lederman în 1956 arată că alcoolismul cuprinde 1—10% din populaţia adultă a globului. Statisticile oferite de către a 32-a Adunare Mondială a Sănătăţii din mai 1979 relevă creşterea alarmantă a producerii de băuturi alcoolice cît şi a consumului acestora, în intervalul a 12 ani acesta depăşind cu 30—500% performanţele precedente.

Caron clasifică alcoolismul ca fenomen psihomedical, în funcţie de tipurile de băutori : alcoolism simptomatic — secundar şi însoţitor al unor boli psihice ; alcoolismul habitudinal, fără a prezenta tulburări de comportament, dar consumul fiind zilnic în virtutea unor conduite de toleranţă socio-culturală cu caracter particular ; băutorii excesivi — care nefiind încă bolnavi, constituie sursa alcoolicilor secundari, alături de cei primari — cu organizări particulare ale personalităţii, împreună alcătuind grupul alcoolicilor cronici. Fouquet, arătînd că alcoolismul este o pierdere a libertăţii, a fost completat de către John Ford în „Psihologia subconştientă, moralitate şi alcoolism" subliniind totodată că este o boală fizică, psihică şi spirituală ; reflectată prin afectarea atît a somaticului, cît şi a verigilor etico-morale — pe fondul sindromului mental de addicţie.

Literatura neurologică în cazul alcoolismului, de obicei, omite aspectele socio-psihiatrice, limitîndu-se la faptica clinică, obiectivă, iar în psihiatrie, datele consultului somatic asupra reliefării modificărilor cu semnificaţie patologică neurologică sînt mai puţin conturate şi ţintite, de către medic, acesta urmărind în special semeiologia din sfera psihică, în contextul factorilor socio-culturali şi de personalitate. Aceste posibilităţi de apariţie a unor insuficienţe în examinare pot duce la separarea contextului unic maladiv în bolnavi neurologici şi bolnavi psihici, în funcţie de predominenţa manifestărilor sau profilul secţiei unde a fost îndrumat şi internat bolnavul. Ţinînd cont de faptul că datele statistice asupra consumatorilor cronici de alcool sînt relative, aceştia putînd fi prezenţi cînd pun probleme de integrare socio-profesională şi necesită spitalizare, atît în secţiile de medicină internă pentru gastrite şi ciroze alcoolice, cît şi la neurologie pentru polineuropatii, epilepsie, accidente cerebrale vasculare, dar majoritatea constituind o problemă prioritară a serviciilor de psihiatrie, dorim a prezenta prin prisma cazuisticii din Clinica Psihiatrică Cluj-Napoca date de interferenţă şi corelare clinică a aceluiaşi toxic, generator de manifestări psihice şi neurologice.

Ghidîndu-ne după clasificarea OMS din 1977, studiul nostru analizează un grup heterogen de bolnavi spitalizaţi pentru alcoolism cronic, cuprinzînd atît suferinzi psihici la care coexistă factorul etiologic toxicofil, cît şi cazuri în care acesta este pe prim plan. Eşantionul este alcătuit dintr-o grupare a 200 cazuri oferite de totalitatea internărilor cu diagnosticul menţionat în perioada octombrie 1979—martie 1980. După analiza raporturilor dintre diferitele date referitoare la membrii grupului investigat, am procedat la corelarea acestora cu aspectul tridimensional — medical, psiholoigc, sociologic — în ideea posibilităţii adoptării de programe terapeutice cu o cît mai mare eficienţă. Analiza medicală a fost axată asupra complicaţiilor neurologice decelate în toate cazurile de către medicul specialist neurolog, clasificarea acestora urmînd a fi făcută după formele de alcoolism cronic spitalizate şi după criterii neurologice. Din totalitatea bolnavilor studiaţi pentru alcoolism cronic, după sex femeile deţin numeric a şaptea parte, iar în funcţie de vîrstă decada cea mai afectată atît la bărbaţi cît şi la femei a fost cea de a cincea, depăşind la femei totalitatea cazurilor din celelalte decade, iar la bărbaţi fiind urmată de perioada decadei a patra şi a şasea. Numărul bolnavilor din mediul urban depăşeşte de 3,5 ori pe al celor din mediul rural pentru bărbaţi, iar femeile fiind de asemenea în număr dublu în oraşe şi majoritatea nu sînt încadrate în serviciu. Din punct de vedere al şcolarizării, în proporţie egală la bărbaţi de 31% alcoolismul este prezent la gradele de şcolarizare 0—4 clase şi 8—11 clase, şi 26% la cei cu 4—8 clase pe cînd la femei datele statistice oferă imaginea prezenţei în mod eagl a toxicomaniei la toate grupele de şcolarizare, inclusiv pentru învăţămîntul superior. În 90% din cazuri sînt prezente conflicte familiale şi profesionale, dificultăţi de integrare socială, elemente ce justifică de altfel şi spitalizarea într-o secţie de psihiatrie. Majoritatea bolnavilor sînt vechi băutori, peste 25% depăşind 20 de ani de consum şi aproape 50% avînd între 10 şi 20 ani de autoagresare toxicofilă; de asemenea, la femei, 45% consumă băuturi alcoolice de peste 10 ani. Demn de menţionat este procentul deosebit de ridicat referitor la felul băuturilor preferate şi consumate — predominînd net cele distilate, la bărbaţi 65%, alături de consumul mixt 31%, iar la femei 76% băuturi intens alcoolizate. Desigur că aceşti doi factori — consum prelungit şi preferinţă pentru băuturi distilate, pot explica amplitudinea şi frecvenţa crescută de manifestări psihopatologice cu răsunet psihic şi neurologic. Analizînd concenrtic bolnavii studiaţi, datele, obţinute asupra antecedentelor lor heredo-colaterale, ne-au relevat, într-un număr foarte mare din cazuri, existenţa unei incidenţe crescute de părinţi alcoolici — în proporţie de 70%, cît şi a altor tipuri de perturbaţii psihice ca tulburări afective, isterice, psihopatice, psihotice, psihosomatice, mărind semnificativ riscul de dezordini psihice şi pshihosociale la urmaşi; datele anamnestice au arătat transpunerea practică a riscului de moştenire atît a structurilor deviante ale personalităţii, cît şi apetenţa pentru alcool. Antecedentele personale patologice se suprapun cu o serie de boli coexistente alcoolismului, unele provocate de acesta, altele permiţîndu-i desfăşurarea sau amplificîndu-i manifestările. În ordine descrescîndă enunţăm prezenţa altor spitalizări pentru alcoolismsteatoză hepatică, ulcer gastric, traumatisme cranio-cerebrale, tuberculoză pulmonară, hepatită cronică, brohopatii, accidente vasculare cerebrale.

Examinările clinice neurologice efectuate la bolnavii spitalizaţi au evidenţiat manifestări patologice de motilitate, coordonare, tonus şi troficitate musculară, reflectivitate, sensibilitate, tulburări în sfera nervilor cranieni, simptomatologie exprimînd suferinţe nervoase centrale — cortex, trunchi, diencefal, cerebel, medulare şi periferice. Analizînd cazuistica studiată vom trece în revistă semeiologia neurologică şi semnificaţiile sale în contextul alcoolismului cronic, ca entitate nozologică psihiatrică. Spitalizaţi pentru impregnaţie alcoolică, la 75% dintre bolnavi s-a precizat diagnosticul alcoolism cronic. La toţi aceştia au fost evidenţiate semne de suferinţă neurologică manifestate prin tremurături mici, regulate, statokinetice, localizate la degetele de la mîini, rareori la faţă; sînt mai accentuate dimineaţa pe nemîncate şi diminuă după ingestia de alcool. Tremorul limbii, uneori depăşind cadrul miokimiilor poate da vorbirii un aspect disartric. Cea mai frecventă dintre toate celelalte polineuropatii la un loc este neuropatia dismetabolică, de nutriţie, determinată de abuzul de alcool. În 94 din cele 146 cazuri de alcoolism cronic modificările motorii şi senzitive au evidenţiat în mod cert coexistenţa polineuropatiei toxice. Debutul acesteia preceda cu scurt timp actuala spitalizare, consecutiv declanşării unei afecţiuni infecţioase intercurente — în marea majoritatea bronhopatii cronice acutizate, sau era situat cu mult înainte, iar tulburările funcţionale se accentuau consecutiv continuării ingestiei de alcool. Forma clasică este cea sensitivo-motrice, prezentînd tulburări motorii, senzitive, trofice şi vasomotorii. Întotdeauna tulburările senzitive sînt foarte accentuate: majoritatea bolnavilor au relatat prezenţa de furnicături şi dureri de tip arsură, înţepături penibile, algii profunde în masa musculară cu senzaţia de rupere, sfîşiere, smulgere sau crampe foarte dureroase, mai rar — simple parestezii situate la extremităţi. Obiectiv se constată hiperestezie — atingerea şi greutatea cearceafului devine intolerabilă, presiunea şi elongaţia muşchilor, a nervilor, provoacă dureri; există zone de hipoestezie şi anestezie, anestezie dureroasă; simţul vibrator şi kinestezic sînt alterate. Cu rare excepţii tabloul clinic al polineuropatiei este deschis de către tulburări de sensibilitate, urmate fiind de aspectele semiologice motorii. Manifestările motorii — au fost predominente la nivelul membrelor inferioare, afectînd muşchii extensori — propriu al degetului mare, comun al degetelor şi peronierii laterali, piciorul tinde spre varus ecvin, mişcările degetelor sînt dificile, cele de extensie sînt mult slăbite, flexia este conservată. Formele spitalizate în cadrul Clinicii Psihiatrice nefiind predominent motorii — mersul era posibil, dar cu schiţă de stepaj. Boala afectează în special extremităţile membrelor pelvine, iar din cazuistica examinată nu s-au detaşat cazuri cu paraplegii, pareze faciale sau de oculomotori. Reflexele osteo-tendinoase sînt abolite la membrele inferioare, iniţial reflexele miotatice ahiliene; menţionăm că măsurarea timpului de latenţă a reflexului rotulian constituie una din metodele de diagnostic precoce al afecţiunii. Reflexul cutanat plantar este abolit, iar reflexele cutanate abdominale sînt diminuate sau absente. Atrofiile musculare însoţesc parezele, în mod precoce şi rapid, extinzîndu-se pe întreaga faţă externă a gambei. În toate cazurile reacţiile electrice sînt perturbate obţinîndu-se o hipoexcitabilitate cu aspect de degenerescenţă parţială a muşchilor inervaţi de către sciatic. La 45% din alcoolicii cronici s-au putut nota tulburări trofice şi vasomotorii — alteraţii ale fanerelor, unghii casante, căderea părului, piele scuamoasă, uscată, solzoasă; edeme la membrele inferioare, răcirea extremităţilor. Nu au fost decelate manifestări cu semnificaţie patologică în sfera senzorială, vestibulară. Afectarea viscerală a fost în 65% din cazuri relevată de preexistenţa tulburărilor endocrine, gastrice şi hepatice, dar fără a se putea semnala o corespondenţă de intensitate între acestea şi gravitatea polineuropatiilor. Alături de forma descrisă, frecvente au fost cazurile cu simptomatologie sensitivă propriu-zisă, depăşind 45% din subiecţii examinaţi pentru polinevrită. Tulburările de motilitate erau exprimate doar prin fatigabilitate, durerile erau foarte marcate cu o hiperestezie de contact, în forma acrodinică — predominînd paroxismele dureroase ale degetelor şi feţei plantare ale picioarelor. În 10% din cazuri au fost decelate forme latente şi frustre de polineuropatie, doar după efectuarea sistematică şi repetată a examenului neurologic, reliefindu-se mici semne ca abolirea unui reflex miotatic, prezența unor algii — parestezii a extremităților.

În cadrul celor 150 de bolnavi cu alcoolism cronic, la internare sau în cursul spitalizării au fost observate 5 cazuri care au prezentat crize comițiale. Dintre acestea două cazuri erau de epilepsie alcoolică accidentală, iar trei cazuri — epilepsie alcoolică propriu-zisă. Crizele de epilepsie accidentală au apărut, una după oprirea consumului de alcool la un băutor cronic, la interval de o zi după internare, iar alta, în urma unei beții acute. Cele trei episoade critice de epilepsie propriu-zisă s-au declanșat în perioada internării la bolnavi cu impregnație alcoolică depășind 20 ani vechime și consum habitual; aspectul crizelor a fost de tip grand mal fără a se ajunge însă la comă. Pe fondul alcoolismului cronic pot apare tulburări psihotice subacute — delirul alcolic subacut, acute — delirium tremens și cronice — halucinoza alcoolică; encefalopatii alcoolice — psihopolinevrita Korsakov, encefalopatia Gayet-Wernicke; demențe alcoolice.

Din lotul examinat am decelat 3% bolnavi cu delir alcoolic subacut, echivalînd cu 14% din alcoolicii cu manifestări psihotice. Pacienții făceau parte din decada a patra de vîrstă și erau vechi consumatori de băuturi alcolice. Din punct de vedere neurologic tremurăturile sînt generalizate, manifestările vegetative accentuate, iar reflectivitatea miotatică și cea cutanată este vie, cu răspuns de intensitate crescută; unul dintre bolnavi a prezentat episoade convulsive. Delirium tremens la cazurile studiate a fost în proporție de 5% în cadrul alcolismului cronic și 20% în contextul psihotic al alcoolismului. Este mult mai frecvent la bărbați; aceștia erau cu toții consumatori de alcool de peste 20 ani și erau situați: trei în decada a patra de viață, iar 8 în cea de a cincea. Simptomele neurologice sînt aceleași ca în forma subacută, dar de intensitate mult crescută, paralel cu gravitatea afecțiunii manifestată atît prin semne psihice cît și somatice; la doi bolnavi în ziua internării s-au descris crize comțiale. Halucinoza alcoolică la un număr de 14 bolnavi, prezintă în proporție de 45%, alături de tremor, manifestări de polineuropatie predominent senzitivă, aceasta amplificînd și mai mult contextul întîlnită în 6 cazuri, alături de sindromul mintal reliefîndu-se existența unei simptomatologii obligatorii în toate cazurile de model neurologic, a polineuropatiei toxice, carențiale. afectînd în mod vizibil forța activă și reflectivitatea miotatică la nivelul membrelor pelvine, apărînd totodată amiotrofii ale extensorilor distali. Dinamica mersului este afectată, în toate cazurile evidențiindu-se schiță de stepaj bilateral, iar la doi bolnavi s-a notat o pareză parțială de oculomotor extern, cu apariția unui strabism convergent. În perioada analizată au fost doar două cazuri de encefalopatie Gayet-Wernicke, la bolnavi în vîrstă de 48 și 52 de ani apărute la mari băutori de produse distilate; după debutul prin polinevrită treptat s-au instalat și alte semne neurologice, caracteristice: atoză palpebrală, strabism divergent, pareză a mușchilor drepți externi, paralizie de lateralitate mai accentuată seara, nistagmus orizontal. Pupilele sînt inegale, iar consecutiv parezelor oculare apare diplopia. Ataxia stațiunii și mersului imprimă un mers hipermetric, cu baza de susținere mult lărgită. În demența alcoolică simplă la cele 4 cazuri existente am decelat semne de involuție neurologică — reflexul Marinescu-Radovici intens pozitiv. semnul Toulouse și Hoffman — prezente bilateral, schiță de roată dințată, depășire netă a vîrstei cronologice de către cea biologică. Cei 6 pacienți cu demență formă pseudoparalitică au prezentat alături de semnele menționate mai înainte — tulburări de echilibru, Romberg pozitiv, ataxie prin tulburări de sensibilitate profundă, reflexe pupilare încetinite, diminuarea evidentă a reflexelor miotatice, mai accentuat la nivel achilian; totodată, la acești bolnavi se evidenția o denivelare psihointelectuală accentuată, inducînd necesitatea dependenței lor fizice și psihice, consecutiv marilor dificultăți de integrare socială.

Discuții. Procedînd la o succintă trecere în revistă a semiologiei neurologice întîlnită în cadrul eșantionului studiat se impune a arăta că alături de alte afectări somatice, cît și de manifestările psihice în contextul aceleiași etiologii — alcoolul, acesta acționează asupra organismului și în special asupra structurilor nervoase prin mecanisme patogenetice complexe, prin perturbări metabolice. în special, consecutive, factorilor pluricarențiali generați de către toxic. Alcoolul își manifestă acțiunea sa nocivă atît direct, prin acțiune asupra enzimelor cerebrale, hepatice, renale, asupra membranelor celulare și mitocondriilor, antrenînd modificările metabolice importante, cît și indirect — prin interferența sa în catabolismul aminelor biogene, pe care le oprește în dezvoltare la stadiul de aldehide intermediare cn acțiune toxică. Prin consumnl crescut de enzime, producerea de dereglări metabolice și carențiale cît și a factorslui activator „antihipoxidină" hepatică, alcoolul împiedică metabolismul glucidic cerebral, spoliază organismul de vitaminele grupului B și induce formarea de leziuni neurologice. Toxicul etanolic acționează asupra sistemului nervos la toate nivelele producînd modificări iritativ-lezionale de un mare polimorfism și cu structurare topografică reflectată printr-o semeiologie clinică avînd semnificația unei suferințe de focar sau globale și corespunzînd unor cadre nozologice diferite, chiar dacă etiologia determinantă este unică. Determinat de o deficiență tiaminică. piridoxinică și de acid pantotenic, după o evoluție de 1—6 luni tabloul clinic al polineuropatiilor devine complet; recuperarea spre o evoluție favorabilă începe o dată cu oprirea ingestiei de alcool, iar revenirea la normal este eșalonată între 3 luni și un an. Reflexele miotatice vor rămîne însă încă abolite timp îndelungat și după dispariița tulburărilor senzitivo-motorii; există posibilitatea recăderilor, o dată cu apariția unor circumstanțe defavorizante, de exemplu — o nouă intoxicație alcoolică, boli infecțioase.

Consecință a encefalopatiei alcoolice sau a unei leziuni cerebrale preexistente, devenită epileptogenă, Arseni și Tudor explică declanșarea crizei paroxistice de model grand mal cu convulsii tonico-clonice prin mecanisme metabolice determinînd hipoglicemia alcoolică; oxidarea alcoolului în ficat sub acțiunea alcoolodehidrogenazei antrenează o scădere a neoglicogenezei prin creșterea $NADH_2$; alături de acest mecanism în apariţia de convulsii după sevraj autorii incriminează şi carenţa vitaminei B_6.

Datele din literatură arată existenţa de modificări anatomo-patologice la nivel cerebral, medular şi periferic neuromuscular — examinările histologice din encefal evidenţiază leziuni vasculare constînd în infiltraţii ale tecilor, tromboze minime dar multiple, şi leziuni nervoase — cromatoliză a zonei motrice cu proliferare nevroglică a elementelor nervoase şi vasculare, aspecte degenerative, infiltrante sau inflamatorii. Măduva lombosacrată prezintă alteraţii ale celulelor coarnelor anterioare caracterizate prin cromatoliză, picnoză, corpusculi acidofili în citoplasmă, degenerescenţă granuloasă aneurofibrilelor ; acestea dau o amprentă specială paraliziei alcoolice prin vacuolizarea celulelor motorii. Nervii periferici afectaţi prezintă leziuni foarte variate, de la nevrita segmentară periaxilară pînă la nevrita axilară sau nevrita parenchimatoasă Walleriană. Totodată la nivelul musculaturii afectate se poate decela o degenerescenţă atrofică cu proliferarea nucleilor sarcolemei şi dezintegrarea substanţei contractile.

Aspectele evolutive, cît şi datele prognostice necesită evaluare pentru perioade de timp relativ prelungite, datorită afectării a însăşi formaţiilor nervoase, întotdeauna în cazul adoptării unei conduite terapeutice impunîndu-se în mod obligatoriu sistarea ingestiei oricărei forme de băuturi alcoolice. Polineuropatiile carenţiale in context toxicofil etanolic au un mare grad de reversibilitate, atît în cazul apariţiei lor ca manifestare unică neurologică, cît şi în coexistenţa acestora în alte cadre nozologice cu elemente iritativ-toxice ale sindromului cronic de impregnare alcoolică. O dată însă cu producerea de leziuni ireversibile, acestea chiar şi în cazul imprimării unei evoluţii favorabile sub acţiunea tratamentului instituit, îşi vor lăsa amprenta prin persistenţa simptomatologiei de deficit psihic şi neurologic, de obicei nesistematizată. Frecvent sînt semnalate suferinţe diencefalice, de trunchi sau cu semnificaţie de focalizare, de obicei avînd caracter oscilant sau tranzitoriu. remiterea instalîndu-se o dată cu corectarea nivelului biochimic plasmatic (glicemie, electroliţi, vitamine, etc.). Nerespectarea interdicţiei factorului etiologic şi continuarea autoagresării induce persistenţa, agravarea şi apariţia de complicaţii neurologice cu intens răsunet negativ asupra organismului şi integrării sociale a insului, relevarea accidentelor vasculare cerebrale, instalarea encefalopatiilor şi calea spre demenţă diminuînd foarte mult posibilităţile de recuperare, întunecînd căile spre un prognostic favorabil.

Tratamentul manifestărilor neurologice întîlnite în cazurile de alcoolism cronic s-a făcut întotdeauna în cadrul unui program terapeutic complex, vizînd larga gamă, a problematicii etilismului în contextul plurifactorial — genetic, social, cultural, somatic, psihiatric. psihologic, neurologic. Conduita de elecţie va fi îndreptată spre administrarea de cantităţi crescute de vitamine din grupul B, C, PP, glucoză, neurotonice, hepatotrope. Aspectele terapeutice în leziunile medulare şi periferice au fost concertate pe corectarea mecanismelor patogenetice şi a deficienţelor simptomatice — astfel pentru diminuarea intensităţii durerilor s-a acordat tratament cu antialgice obişnuite, fricţii uşoare cu unguente calmante, băi termoluminoase, balneoterapie călduţă, diatermie ; pentru recuperarea motorie am procedat la efectuarea de exerciţii pentru întreţinerea troficităţii musculare, electroterapie cu curent galvanic uşor în şedinţe repetate ; tulburările simpatice cu predominenţa sindromului ischemic au beneficiat de băi calde, vasodilatatoare. O largă şi eficientă utilizare s-a dat de asemenea stricnoterapiei, „remediul de aur“ al polineuropatiilor — după Leyden, indicată pentru acţiunea sa de excitant neuro-muscular, în special asupra sistemului gamma medular.

CONCLUZII — Studiul efectuat asupra unui eşantion cuprinzînd 200 bolnavi a urmărit prezenţa simptomatologiei neurologice în cadrul contextului determinat de boala psihică cu caracteristici de autoagresiune prin alcool. Subliniindu-se necesitatea unei mai strînse colaborări între specialităţile psihiatrio-neurologice, din lucrare reiese numărul deosebit de crescut al manifestărilor patologice cu semnificaţie iritativ-lezională neurologică la nivel cerebral, medular şi periferic, paralel şi proporţional cu consumul cronic de alcool ; cadrele nozologice analizate îmbrăcînd haina clinică specifică în funcţie de amprenta şi topografia modificărilor histopatologice.

La totalitatea bolnavilor spitalizaţi pentru impregnaţie alcoolică în perioada octombrie 1979 — martie 1980 s-au depistat variate semne de suferinţă neurologică, cea mai frecventă (61%) fiind polineuropatia carenţială, în cadrul acesteia distingînd forma senzitivă (50%) , forma mixtă (35%), tulburări trofice şi vasomotorii. Episoadele paroxistice convulsivante au fost descrise în cadrul epilepsiei alcoolice (4%), cu declanşare prin mecanisme de sevraj, carenţiale, hipoglicemice sau cu scăderea pragului convulsivant. În encefalopatiile şi demenţele alcoolice leziunile centrale neurologice conferă o gravitate crescută contextului maladiv, cu repercursiuni negative asupra prognosticului.Conduita terapeutică asupra semeiologiei neurologice va fi întotdeauna aplicată în cadrul bolii de bază — alcoolismul cronic, referirile ţintite făcîndu-se în special asupra corectării deficitelor carenţiale, a tulburărilor senzitive şi motorii.

În încheiere, este necesar a sublinia existenţa strînselor legături clinice neurologico-psihiatrice din cadrul afecţiunii studiate, impunînd o continuă şi fermă colaborare în diagnosticarea şi aplicarea unei adecvate conduite terapeutice a etilismului rconic.

Chronic acoholism, an actuality problem in modern medicine, makes the abordation of his plurifactoriality study to impose raising of new data, concerning the polymorphic somatic and psychic manifestation, leading to undermine the organism integrity. The authors undertake a transversal and longitudinal study on 260 illness with chronic alcoholism hospitalized in Psychiatric Clinic Cluj-Napoca between october 1979 — march 1980, following with primordiality the neurological implication in the context of clinic description who determinated their hospitalization.

All the illness hospitalized for psychic manifestation in addict context, presented neurological symptom of

variate intensity, going from discreet regulate trembling of small amplitud, accompanied by vegetative desease, until to the harming semiology of diencephalic structure from Gayet-Wernicke encephalopathy. It was established a parallelism between gravity of neurological desease, lenght consumption and preference for distiled drincks; thus, more than 75% of the illness are ancient drinkers, overstanding 10 years of autoaggression with alcohol.

The most frequent neurologic pain was the polyneuropathy. The paroxystic convulsivant episodes were describbed in alcoholic epilepsy (4%).

The authors underline the necessity of a more closed cooperation between psychiatrist and neurologist, beeing imposed a permanent and strong collaboration for diagnosis and application of an adecvate therapeutical conduct of chronic alcoholism.

SINDROMUL AMIOTROFIC LA ETILICII CRONICI

E. Nemţeanu, V. Hrimiuc, C. D. Popescu
— *Iaşi*

Printre numeroasele probleme pe care le ridică alcoolismul cronic, sindromul amiotrofic ocupă o poziţie modestă, dar de multe ori de o deosebită dificultate de atribuire etiologică sau de interpretare patogenetică. Ţinînd seama de larga răspîndire a acestui tip de intoxicaţie, cazurile de amiotrofie capătă o oarecare pondere morbidă, dificultate taxonomică şi handicapare fizică. M. CHAFETZ (1975) apreciază că în S.U.A. sînt aproape 100 milioane consumatori de băuturi alcoolice, din care 9—10 milioane pot fi catalogaţi drept etilici.

Tulburările induse de etilismul cronic, pe care se grefează din cînd în cînd intoxicaţii acute, sînt datorate modificărilor nutriţionale, la care se mai adaugă nu fără a complica prezumţiile fiziopatologice, diverşi alţi factroi : tulburări digestive realizate de ulcerul gastric, colite, gastrectomie, etc., prezenţa eventuală a unei ciroze etilice, a unei tuberculoze pulmonare (mult mai rară în epoca noastră) sau a unui diabet, rolul posibil al unor medicamente din curele de dezintoxicare (disulfiram) sau a unor produse utilizate în tratamentul viţei de vie sau a vinului (spre exemplu rolul unor produse arsenioase folosite pentru viţa de vie). Cu toate acestea interpretarea actuală a factorilor ce pot da o afectare a sistemului nervos central şi periferic în alcoolism este socotită de mulţi autori ca nesigură sau neclară.

Privite în ansamblu situaţiile în care amiotrofiile pot apare la alcoolici sînt următoarele :

1. — amiotrofia rezultată prin compresiunea unui nerv periferic în cursul somnului profund determinat de ingestia de alcool. În acest caz este vorba, cel mai frecvent, de paralizia de radial sau de sciatic popliteu extern, care nu generează dificultăţi de diagnostic sau de interpretare cauzală. Există însă cazuri, foarte rare, cînd se realizează un fals tablou de progresivitate treptată abolii prin compresiuni succesive ale nervilor respectivi (cu referire specială la nervul cubital) sau tabloul clinic apare atipic la o persoană cu etilism mascat. De cele mai multe ori, în aceste cazuri, greutatea afirmării ei logice provine de la datele parţial eronate furnizate de bolnav sau de la lipsa, eventual minima prezenţă, a tulburărilor senzitive.

2. — amiotrofia ce întovărăşeşte polineuropatia alcoolică. În această situaţie, destul de frecvent întîlnită în practică, aspectul clinic şi contextul sînt suficiente pentru clarificarea etiologică ; în cazuri rare însă, tulburările motorii sînt net predominante în tabloul clinic, apar asimetric şi sînt prezente doar la membrele inferioare, generînd multă incertitudine în discernerea cauzală a sindromului. La astfel de bolnavi examenele paraclinice şi evoluţia pot furniza toate elementele de sprijin în favoarea alternativei etilice.

3. — amiotrofia din cadrul miopatiei alcoolice acute sau a controversatei forme cronice.

Dacă primele două forme de boală constituie un loc comun, fără ambiguităţi în înţelegerea neurologică, cea de a treia formă reprezintă o excepţie avînd un număr redus de cazuri prezentate în literatura de specialitate. Aşa numita miopatie alcoolică a fost descrisă începînd din 1962 şi unii autori o mai denumesc sindromul EKBOM (1964). Sub raport clinic ar avea o exprimare acută ,una cronică şi ar exista şi multe cazuri asimptomatice. Forma acută succede de obicei unui exces prelungit de consum de alcool şi se caracterizează prin dureri brutale, intense, cel mai adesea cu topografie proximală, predominînd la membrele inferioare, musculatura este deosebit de sensibilă la palpare, împăstată sau chiar edemaţiată, luînd uneori alura unei flebite bilaterale. Examenele de laborator indică o creştere a enzimelor musculare (aldolază, lacticodehidrogenază şi mai ales a fosfocreatinkinazei şi a transaminazelor etc.), a creatinei şi creatininei, precum şi a mioglobinei. Mioglobinemia masivă poate determina o nefropatie, ce poate duce la moarte. Examenul neurologic obiectiv poate găsi uneori cîteva mici semne de polineuropatie greu de apreciat, dacă completează tabloul clinic sau dacă ele preexistau, aparţinînd cadrului general al etilicului cronic. Examenul histologic întreprins în cîteva cazuri (de notat că pînă în 1973 existau anunţate în literatură doar 25 de cazuri de miopatie alcoolică acută) a arătat o adevărată mionecroză ca şi o proliferare a nucleilor sarcolemei, cu vacuolizări şi necroză hialină, ce ar pleda pentru existenţa unor leziuni concomitente de polineuropatie. Microscopia optică, dar mai ales cea electronică, indică distrucţii de mitocondrii şi de miofilamente, fragmentarea benzii A, ceea ce este în favoarea unei atingeri miogene primitive.

În forma cronică de boală se constată un vag tablou miopatic cu muşchi uşor dureroşi la palpare, cu modificări enzimatice moderate care se normalizează atît clinic cît şi umoral prin sevraj.

S-a descris de asemenea şi o formă asimptotică în care doar enzimele ar fi modificate, iar biopsia ar arăta minime modificări histologice ; clinic, însă, bolnavul nu acuză nici o suferinţă în domeniul somatic. Sub raport fiziopatologic s-a tentat o largă varietate de explicaţii. Între acestea amintim ipoteza unei diminuări concomitente alcoolismului a G-6 — PDH (glucoză 6 fosfat dehidrogenază), a unei carenţe vitaminice, o hipokaliemie, o blocare directă prin alcool a ciclului glicolizei etc. Între multiplele cazuri de suferinţă neurosenzitivă existentă la etilicii cronici, un caz ne-a reţinut atenţia prin tabloul clinic ce se poate încadra între formele de miopatie alcoolică cu debut acut dar moderat, exprimat şi ulterior cu evoluţie de aspect cronic.

Un bărbat de 42 ani, lăcătuş mecanic la o întreprindere de vinificaţie din jud. Vaslui, unde lucra de 10 ani, este internat în 1875 pentru dureri accentuate, într-o secţie de medicină internă pe care o părăseşte după aproximativ trei săptămîni de spitalizare cu diagnosticul de reumatism poliarticular. Deoarece prezenta semne de etilism cronic i se recomandă să se adreseze Clinicii de psihiatrie Iaşi în vederea dezintoxicării. Întrucît pe durata spitalizării în această clinică bolnavul continua să acuze deficit motor la braţe şi membrele inferioare ca şi dureri moderate, spontan şi la atingerea maselor musculare, este îndrumat pentru consult neurologic. Istoricul amănunţit al bolii relevă că bolnavul era un constant şi abuziv consumator de alcool (de aproximativ 6 ani ingera minimum 1 litru de vin pe zi la care se adaugă uneori cel puţin 100 ml coniac sau rom), după un exces mai deosebit (o nuntă în familie) îi apar dureri foarte accentuate la membre mai ales în zona lor proximală. După cîteva zile de suferinţă, timp în care a continuat să bea în ideea calmării durerilor este internat la spital. Aici se constată o mare sensibilitate la atingere în zona articulaţiilor scapulo-humerale şi coxo-femurale bilateral ca şi o împăstare ce este atribuită unor fenomene reumatismale. Examenele de laborator efectuate indică o moderată creştere a VSH-ului şi a transaminazelor ; din cauza acestei ultime modificări ca şi a unei tente subicterice a mucoaselor conjunctivale, este examinat clinic şi prin investigaţii de laborator pentru o suspiciune de hepatită, ipoteză ce a fost infirmată. În cursul spitalizării, bolnavul a continuat să bea pe ascuns, dar discontinuu, cantităţi mici de vin. Deoarece sindromul s-a ameliorat notabil, a fost externat şi la un interval de o săptămînă şi-a făcut internarea în clinica psihiatrică. Examenul neurologic a obiectivat un moderat deficit motor proximal la membre (poate şi cu o notă antalgică), precum şi o mare sensibilitate la palparea acestor regiuni. Nu s-au constatat modificări de reflexie osteotendinoase sau de sensibilitate ; în schimb bolnavul prezenta o uşoară tremurătură, frecventă, distală la membrele superioare, tremurătură ce era prezentă şi la efectuarea probelor segmentare de coordonare dar într-o mai mică măsură. Examenul LCR a indicat date normale. Examenul EMG a fost de asemenea normal. Pe baza datelor de istoric şi a datelor clinice s-a presupus existenţa unei miopatii alcoolice şi s-a aplicat o terapeutică vitaminică şi vasodilatorie, alături de cura de dezintoxicare, ceea ce a avut ca urmare o netă ameliorare a tulburărilor clinice. Bolnavul a revenit la examinare în toamna anului 1979 pentru o uşoară pareză facială periferică, cu care ocazie s-a constatat că mai conserva un uşor deficit şi dureri proximale la membre, dar fără o modificare evidentă a regiunilor (edemaţiere sau atrofii) ; de remarcat că el a continuat să bea, dar în cantităţi mai mici şi cu perioade de cîteva zile de întrerupere intermitentă. Deoarece a refuzat internarea nu i s-a putut efectua o investigare mai detaliată. Chiar şi în absenţa unor date mai ample de laborator, tabloul clinic a fost foarte sugestiv şi evocator pentru o miopatie alcoolică acută, apreciată iniţial drept reumatism şi care şi-a perpetuat existenţa sub formă minimă, cronică.

Apariţia extrem de rară a unor astfel de sindroame ar impune un studiu sistematic, clinic şi de laborator, al unui lot mare de etilici spre a valida adevărata incidenţă a suferinţei şi a-i delimita mai clar conturul nozografic.

TRAUMATISMELE CRANIO-CEREBRALE ÎN MEDIUL FAMILIAL ŞI IMPORTANŢA ETIOLOGICĂ A ALCOOLISMULUI

M. Rusu, N. Ianovici, Aurora Stanciu, H. Aldea
— Iaşi

Frapaţi de incidenţa crescîndă a internărilor în urma unor agresiuni familiale, am tentat o analiză medicală, psihologică şi social-juridică a acestor cazuri.

Astfel, limitîndu-ne numai la cadrul restrîns al familiei — părinţi—copii — în decurs de 5 ani (1975—1979) în Clinica de Neurochirurgie Iaşi au fost internate un număr de 156 cazuri de victime ale unor asemenea agresiuni, care în raport de relaţiile intrafamiliale (între soţi, între părinţi şi copii) pot fi repartizaţi astfel :

Soţii bătute	114 cazuri
Soţi bătuţi	5 cazuri
Copii bătuţi	33 cazuri
Părinţi bătuţi	4 cazuri

Aceste cazuri reprezintă de fapt numai un procentaj redus din totalitatea cazurilor prezentate în triaj pentru consultaţie neurochirurgicală (circa 50%), nefiind internate numeroase cazuri. care au prezentat leziuni superficiale sau politraumatizaţi, la care o altă componentă decît cea neurochirurgicală a necesitat îndrumarea către alt profil traumatologic de urgență.

Detaliind problemele pe tipul relațiilor interpersonale familiale vom constata anumite caracteristici specifice fiecărei categorii, ceea ce a permis individualizarea în literatură și a sindroamelor de „soție bătută" sau de „părinți bătuți", la mulți ani după ce sindromul de „copil bătut" a devenit clasic.

Dizarmoniile conjugale (conjugopatiile) pot avea cauze biologice (sexologice — impotență, frigiditate, etc.), psihologice (determinate de relațiile extraconjugale ale unui soț sau de gelozia nemotivată), sociale (învățămînt, locuri de muncă mixte). Drept consecință a inadaptării în căsătorie în interiorul unui cuplu, poate apare criza conjugală sau o stare conflictuală. Criza reprezintă faza acută și marchează instalarea unui dezechilibru, care poate fi trecută de un cuplu în care afinitățile interpersonale sînt numeroase și durabile. Starea conflictuală reprezintă opoziția dintre subiecți în cadrul raportului conjugal și această opoziție poate evolua de la ostilitatea înăbușită la lupta deschisă, agresivă, a cărei tonalitate este evidentă pentru anturajul familial și social.

Agresivitatea unuia din soți față de celălalt se poate manifesta indirect, printr-o simptomatologie individuală, sau direct, în formă psihică (terorizarea), fizică (maltratarea) sau mixtă. De remarcat că în declanșarea și întreținerea conflictului și soțul victimă poate avea un rol însemnat. Rolul victimologic este semnalat de diferiți autori între care Briggs individualizează și un „sindrom de soție furioasă" (Ired-Wife Syndrome).

În ce privește aspectul neurochirurgical al problemei ar fi de semnalat că soțiile bătute au constituit majoritatea din numărul internărilor pentru agresiuni familiale (114 obs.), motivele invocate de agresori fiind infidelitatea sau gelozia nefondată a soțului (56 obs.), nesupunerea la obligațiile conjugale (16 obs.), intervenția între tată și copil (12 obs.), degenerarea unei certe banale (10 obs.), neprecizat (20 obs.). De remarcat că de 102 ori agresorul a fost în stare de ebrietate, iar de 44 ori ambii soți erau sub influența alcoolului.

Deși din analiza statistică se desprinde preponderența profesiunilor cu nivel cultural scăzut (casnice 24 obs., muncitoare 41 obs., CAP 33 obs., pensionare 6 obs.) și cu maximum de frecvență între 20 și 60 ani (20—40 ani — 63 obs., 40—60 ani — 44 obs.) se întîlnesc destul de des și la intelectuali (10 obs.) ca și la grupele de vîrstă limită (sub 20 ani — 4 obs., peste 60 ani — 3 obs.).

În general, leziunile prezentate au fost de cele mai multe ori minore — comoție cerebrală (60 obs.) cu sau fără leziuni superficiale — echimoze, plăgi (72 obs.), dar am notat și fracturi craniene (41 obs.) contuzie cerebrală (31 obs.), dilacerare cerebrală (12 obs.), hematoame intracraniene (8 obs.). Traumatismul facial a fost asociat în 54 obs., al membrelor în 20 obs., torace în 28 obs., abdomen 9 obs., coloană 4 obs.

Prognosticul a fost în marea majoritate a cazurilor bun, dar am înregistrat și 3 decese, precum și sechele neurologice grave în 18 obs. (hemiplegii, afazie).

De semnalat că în 5 obs. victime ale agresiunii au fost bărbații, traumatismele suferite de ei fiind minore — comoții cerebrale și internarea fiind motivată mai ales de supravegherea necesară și impusă de starea de ebrietate pe care a survenit traumatismul.

Sindromul copilului bătut (sindromul Silverman) este cunoscut de multă vreme, dar istoria modernă a acestuia începe în 1946, cînd radiologul american Caffey semnalează etiologia lui. Incidența maltratării copiilor este imposibil de apreciat exact, deoarece doar o mică proporție de cazuri este cunoscută.

Infracțiunea de maltratare a copilului presupune totdeauna următoarele elemente esențiale: actul să fie totdeauna comis voluntar, cu intenție; victima să fie minor sub 16 ani; elementul material să fie reprezentat de violențe — lovituri, arsuri etc. —, lipsă de alimentație, să fie lezată viața, sănătatea sau integritatea fizică și psihică a copilului.

Din cei 33 copii spitalizați în neurochirurgie, 4/5 a fost reprezentată de băieți (27 băieți, 6 fete), probabil, datorită faptului că aceștia sînt mai neastîmpărați. Pe grupe de vîrstă, — 0—5 ani — 7 obs., 6—10 — 17 obs., 11—16 — 9 obs. Între circumstanțele etiologice, se remarcă în 75% din cazuri alcoolismul adultului (tata mai frecvent, în rest întîlnindu-se cauze de ordin psihiatric (debilitate mintală, psihopatie), conjugal. În explicarea maltratării părinții au adus motive banate în 27 obs. invocînd căderea din pat, accidente de casă, nu au dat explicații sau au recunoscut maltratarea în 6 obs. Maltratarea sexuală s-a întîlnit într-un caz — o fetiță de 1 an și 10 luni cînd traumatismul cranio-cerebral a fost asociat cu ruptură vulvo-perineo-rectală.

Sub aspect lezional echimozele au fost cel mai frecvent întîlnite (28 obs.) și hematoamele epicraniene (15 obs.). Fracturile craniene au fost notate în 16 obs., comoția în 10 obs., contuzia cerebrală în 13 obs., plaga cranio-cerebrală în 5 obs., hematomul subdural în 2 obs. Frecvent copii au prezentat și leziuni asociate din care menționăm fracturi de membre în 2 obs., fracturi de coaste în 3 obs., fractură de coloană 1 obs. De aceea Chodkiewicz propune efectuarea sistematică a babygramei — un examen radiologic complet pe clișeu pulmonar pentru asemenea cazuri.

Dificultatea clinică principală constă a distinge între accidentele reale, care sînt comune copilăriei și maltratarea deliberată de către părinți. Anumite caracteristici ajută la diagnostic. În primul rînd, există frecvent o întîrziere între apariția vătămării și prezentarea la medic. În al doilea rînd, explicația dată de părinți este diferită în timp și adesea contradictorie la mamă și tată. Prezența echimozelor și fracturilor de diferite vîrste orientează spre o traumatizare continuă de-a lungul unei perioade de timp. În familia unui asemenea copil membrii prezintă modificări caracteriale.

Deși în 1979, Harbin și Madden individualizează un nou sindrom medico-legal — al părinților bătuți — situații de asemenea speță au fost semnalate în literatura juridică, reținînd atenția îndeosebi prin aspecte morale și agravante ale infracțiunii.

Am observat 4 asemenea cazuri, din fericire toate soldate cu leziuni superficiale (plăgi) și comoție cerebrală. De 3 ori tații au fost loviți de fiii lor cu care au intrat în conflict pe diferite motive, și o dată o mamă a fost lovită de fiul, care nu a primit o sumă de bani solicitată. Starea de ebrietate a fost semnalată la agresori în toate cazurile.

Desigur că și în această situație frecvența reală a sindromului este cu mult mai mare decît cea sugerată de internările în clinică, iar multe din leziunile chiar mai grave sînt trecute cu vederea de amărăciunea unor părinți maltratați de proprii copii.

Agresiunile familiale, în totalitatea lor, ridică probleme de tratament specifice fiecărui tip de agresiune și asupra cărora nu stă în intenția noastră a insista.

Dorim a accentua necesitatea profilaxiei unor asemenea agresiuni și mai ales a prevenirii recidivelor, căci odată apărute într-o familie ele nu sînt decît rareori un incident, ci denotă grave tulburări ale relațiilor intrafamiliale.

Profilaxia trebuie să se adreseze atît agresorului cît și victimei, căci adesea rolurile se inversează. Eradicarea alcoolismului și a tulburărilor psihice generate sau agravate de el presupune o reeducare la care să participe familia — în sensul larg al termenului —, colectivul de muncă, unitățile sanitare si organele juridice.

Medicul în fața unui caz de maltratare este obligat să sesizeze forurile competente, deoarece sindromul este tot mai frecvent și recidivele pot furniza cazuri mortale, dacă sindromul nu a fost recunoscut și victima nu a beneficiat de protecție.

S-a semnalat necesitatea înființării unor centre de consultație conjugală, care să poată oferi soluții de depășire a crizei sau de rezolvare a conflictului conjugal.

Este necesară o cooperare mai strînsă între diferite structuri medico-sociale și juridice pentru a face față unor asemenea situații uneori dramatice

The authors study from the medical, psychological and social-legal point of view 156 cases of cranio-cerebral trauma produced in familial environment (114 battered wifes, 5 battered husbands, 33 battered children and 4 battered parents) making proposals of lege ferenda for the extinction of such phenomena.

ALCOOLUL CA FACTOR ETIOLOGIC AL CARDIOPATIILOR CONGENITALE

M. Haimovici, Doina Felea, Valeria Maxim, Maria Ungureanu

— *Iași*

Cauza cardiopatiilor congenitale care reprezintă aproximativ 1/3 din totalul malformațiilor congenitale majore rămîne misterioasă. S-au incriminat atît factori genetici cît și factori de mediu.

Intr-adevăr, uneori cardiopatiile se integrează în complexul polimalformativ al unei afecțiuni sigur ereditare cum ar fi boala lui Marfan, sindromul Ellis van Crefeld etc. sau al unei aberații cromozomiale cum ar fi trizomiile G, D sau E.

Dintre factorii de mediu a fost subliniat rolul nociv pe care-l pot avea diversele infecții, radiațiile ionizante sau unele medicamente. In acest context se discută și acțiunea teratogenă a alcoolismului matern asupra fătului.

Am avut ocazia să urmărim un copil malformat la care s-ar putea invoca această ultimă etiologie.

Copilul B. Mihai în vîrstă de 3 ani provine dintr-o familie dezorganizată. Ambii părinți sînt sănătoși. Mamei în vîrstă de 29 ani i s-a desfăcut de două ori contractul de muncă din cauza alcoolismului. In familia lor nu se pune în evidență nici o malformație congenitală.

Nașterea s-a produs după 38 săptămîni de gestație, greutatea noului născut a fost 2 250 g și talia de 45 cm. Examinarea fizică a acestuia pune în evidență o microcefalie (perimetrul cranian 32 cm), occiputul proeminent, urechile implantate mai jos și rotate posterior. Pe ceafă se observă un hemangiom. Maxilarul inferior este hipoplazic și în ușoară retrognație. La cord, se ascultă un suflu holosistolic, aspru, cu maximum în spațiul IV intercostal stîng. Investigarea radiologică și cea electrocardiografică au permis punerea diagnosticului de defect septal ventricular cu debit mic.

Dezvoltarea ulterioară a copilului, atît cea fizică cît și cea motorie, a fost deficitară. Greutatea, talia și perimetrul cranian s-au menținut tot timpul sub percentilul 10. Copilul a stat în șezut la 9 luni, s-a ridicat în picioare la 1 an și 2 luni, a mers la 1 1/2 ani. Dezvoltarea intelectuală la 3 ani a fost apreciată a fi cea a unui copil de 2 ani.

Lemoine în 1968 în Franța și Jones în 1973 în SUA atrag atenția asupra a ceea ce ei denumesc sindromul de alcoolism fetal. De fapt, asocierea dintre alcoolismul matern și dezvoltarea defectuoasă la descendenți a fost cunoscută din cele mai vechi timpuri căci aluzii se găsesc atît în mitologia greacă cît și în cea romană. In Cartagina, cuplului nou căsătorit îi era interzis să bea vin în noaptea nunții. La noi în țară, Banu a atras atenția asupra efectului nefast al alcoolului asupra produsului de concepție, iar Sandor extrapolînd rezultatele studiilor sale experimentale afirmă că intoxicația cu etanol în perioada de debut a sarcinii este periculoasă și la om.

Se pare că frecvența acestui sindrom este destul de ridicată. In Franța, se apreciază a fi un caz la 400 noi-născuți, în SUA unul la 800—2 400 noi-născuți, iar în D. F. Germania, după Leiber, s-ar naște anual 5 000—6 000 cazuri.

Sindromul de alcoolism fetal sau embrio-fetopatia alcoolică se compune din următoarele 4 anomalii :

— Un dismorfism cranio-facial caracterizat prin retrogenie, strîmtorare a fantelor palpebrale, un filtrum lung, nas în şea, buze fine, anomalii oculare (strabism, ptozis, epicantus).

— O întîrziere în creşterea pre şi post-natală care atinge atît greutatea şi talia cît şi perimetrul cefalic.

— Anomalii neurologice : hiperexcitabilitate, agitaţie, tremurături, întîrziere în dezvoltarea psiho-motorie.

— Cardiopatii, în general bine tolerate, anomalii ale organelor genitale externe, spina bifida etc.

Incidenţa şi tipul malformaţiei cardiace ce se observă în sindromul de alcoolism fetal (s.a.f) nu a fost complet definit. Într-un raport recent Majewski notează o incidenţă generală de 29%. Dacă se iau în considerare numai pacienţii cu manifestări severe ale acestui sindrom incidenţa cardiopatiei creşte la 42%. După Jones ea este de 50%. Se întîlnesc în special defecte ale septului : comunicări interatriale sau interventriculare după unii, tetralogie Fallot după alţii.

În ceea ce priveşte patogeneza acestor malformaţii, este bine stabilit că alcoolul trece liber bariera placentară şi deci se poate afirma toxicitatea directă a etanolului. Embrionul nu conţine deloc, iar fătul doar 10% din alcooldehidrogenaza adultului, aşa că etanolul nu poate fi metabolizat. Se mai discută şi efectele nocive ale hipoglicemiei induse de alcool asupra creierului fătului precum şi ale unora din produsele de metabolism ale etanolului cum ar fi acetaldehida sau poate a unui toxic necunoscut ce s-ar găsi în băuturile alcoolice pe care le consumă mama. Efectele diverse asupra/ morfogenezei ar mai putea fi şi o consecinţă indirectă a subnutriţiei generale a mamei, a lipsei unei vitamine specifice sau a unui nutriment.

După un studiu prospectiv al lui Hanson există o relaţie semnificativă între cantitatea de alcool consumată în prima lună de sarcină şi apariţia şi gravitatea embriopatiei alcoolice. Cantitatea nocivă cea mai mică ar fi după acest autor consumul cronic de 28 g alcool curat pe zi.

În prezent, nu avem informaţii cu privire la riscul unei singure ingestii excesive de alcool în cursul timpului critic al sarcinii. După Noonan, este posibil ca o singură doză mare de alcool între a 4—8 săptămînă de sarcină să interfereze cu dezvoltarea inimii embrionare şi să ducă la defecte cardiace congenitale. Un astfel de copil poate să nu aibă alte manifestări ale s.a.f.

Deoarece cardiopatiile congenitale se pare că au o ereditate multifactorială, este probabil că efectul alcoolului asupra fătului care se dezvoltă să fie variabilă şi parţial în legătură cu predispoziţia genetică pentru cardiopatie congenitală.

Din cele expuse, rezultă ca o concluzie practică faptul că alcoolismul mamei trebuie suspectat mai frecvent în cazurile de malformaţie cardiacă congenitală şi că trebuie insistat mai mult în anamneză asupra consumului de alcool, aceasta cu atît mai mult cu cît sindromul poate apare în sarcini consecutive şi deci recunoaşterea lui şi sfătuirea corespunzătoare a mamei sînt deosebit de importante.

A child with alcohol syndrome is described. The permanent alcohol abuse of pregnant woman is of high risk for the fetus especially during the firs weeks of pregnancy. Congenital heart disease is encountered with a frequency of 50 per cent.

The authors insist on the importance of recognising this syndrome in order to avoid its emergence in consecutive pregnancise.

IMPLICAŢIILE CUTANATE ALE ALCOOLISMULUI

M. Munteanu, Al. Dobrescu
— *Iaşi*

Este cunoscut faptul că alcoolicii prezintă în general o faţă păstoasă, cu nasul şi pometii congestionaţi (aşa-zis facies de beţiv), congestii la început trecătoare, dar care devin din ce în ce mai accentuate şi de o durată mai îndelungată, în perioadele consumului de alcool în cantităţi sporite şi cu o frecvenţă crescută, care duc cu timpul la instalarea unui eritem persistent, însoţit ulterior de telangiectazii, contribuind astfel în multe cazuri la realizarea tabloului clinic de *eritroză* sau *rozacee* a feţei, afecţiune cronică, inestetică, denunţătoare în aceste situaţii a consumului de alcool şi totodată destul de dificilă de tratat.

Dar dacă această manifestare constituie un impediment numai din punct de vedere estetic, alte două stări morbide : porfiriile cutanate şi fotonecroza acută, în etiologia cărora alcoolismul reprezintă una dintre cauzele frecvente, sînt veritabile boli cutanate care pun în practică probleme dificile, atît clinico-terapeutice, cît şi sociale.

Porfiriile sînt afecţiuni provocate de perturbarea metabolică, ce are ca urmare o acumulare de porfirine sau a percursorilor acestora în organism şi, cu o frecvenţă destul de mare, eliminarea lor prin urină.

Originea porfirinelor este în mitocondrii, unde din combinarea glicocolului cu acidul succinic, în prezenţa succinil-CoA, se formează acidul deltaaminolevulinic (A.L.A.), care sub influenţa A.L.A. — sintetazei se transformă în porfobilinogen. Acesta, prin polimerizare duce la formarea a doi izomeri I şi III a uroporfirinelor, care, la rîndul lor, prin decarboxilări succesive ajung la formarea coproporfirinelor I şi III şi mai ales a protoporfirinei IX, care cu fierul formează hemul incolor, stocat în eritrocite, iar acesta unindu-se cu o proteină — globina, formează hemoglobina.

Urina conţine în mod normal 100—125 gama/l coproporfirine (mai ales izomerul III) şi elimină 1—5 mg/24 ore de acid deltaaminolevulinic şi mai puţin de 2 mg în 24 ore de porfobilinogen. Contrar celor ce s-a crezut mult timp, în urină se găsesc totuşi cantități foarte mici și de uroporfirină I și III (15—30 gama/24 ore).

Creșterea eliminării porfirinelor prin urină (în anumite forme de porfirinurii, pot apare și unii precursori ale acestora !), conferă urinei o colorație anormală, o tentă roșie-brună închis, care este mai evidentă, mai ales în cursul acceselor, însoțindu-se de o simptomatologie variată, ce poate fi sintetizată în următoarele aspecte clinice :

— porfiria congenitală (boala lui Günther) ;
— protoporfiria eritropoietică ;
— porfiriile secundare ;
— porfiria acută intermitentă ;
— porfiria cronică (cutanată tardivă).

În etiologia ultimelor două forme, alcoolismul constituie una dintre cauzele cele mai importante.

Porfiria acută intermitentă, mai frecventă la femei și mai ales în Suedia, este familială, transmițîndu-se în dominantă regulată. Este de fapt o stare cronică latentă, susceptibilă de apariția unor accese acute intermitente, declanșate în primul rînd sub influența alcoolului, dar și a oboselii, a unor stări afective puternice, ca și a unor medicamente (barbiturice).

Între simptomele clinice, predominant, în timpul acceselor, este abdomenul acut, manifestat prin dureri violente, vărsături, oprirea gazelor și fecalelor, dar fără contractură și fără apărare musculară. Fenomenele pot dura de la cîteva ore sau zile, pînă la cîteva săptămîni, cu intermitențe și într-un ritm variabil. Alte simptome importante sînt : neurologice, manifestate sub formă de paralizii flasce, în extensie, ale membrelor (mai ales cele superioare), paralizii ale nervilor cranieni (facial, motori, oculari), crize convulsive și excepțional fenomene bulbare, ce pot fi, uneori, mortale ; tulburări psihice traduse sub formă de iritabilitate, anxietate, agresivitate, sindrom depresiv, stări confuzionale.

Simptomele cutanate sînt aproape absente, manifestate numai prin ușoare eriteme trecătoare sau, excepțional, și bule, dar, frecvent, persoanele respective au o sensibilitate cutanată deosebită față de lumina solară.

Cu mai mulți ani în urmă, în Clinica Dermatologică Iași, a fost internat un bolnav, care prezenta, sub influența alcoolului, un eritem și uneori și bule, cu sensibilitate cutanată evidentă față de lumină și cu accese asemnătoare abdomenului acut, la care s-a pus în evidență porfirinele, cu intermitență, numai în cursul acceselor. Este interesant că acest bolnav suferise două intervenții chirurgicale pentru diagnosticul de ulcer gastric perforat și de fiecare dată a fost închis, negăsindu-se nici o leziune digestivă.

Literatura medicală de altfel citează astfel de cazuri ajunse pe masa de operație, cărora li s-au efectuat laparatomii inutile.

Semnul esențial clinic este lipsa contracturii și a apărării musculare din sindromul abdomenului acut, completat cu repetarea crizelor în antecedente, eventual prezența sau sechele ale unor manifestări cutanate, iar biologic creșterea considerabilă, mai ales în faza acută, a eliminării uroporfirinei III, care dă o tentă roșie urinei, precum și a porfobilinogenului și a acidului deltaaminolevulinic. Este de reținut că dacă se elimină numai porfobilinogen, colorația urinei nu se produce decît după încălzire sau expunere la soare.

Porfiria cronică, zisă și cutanată tardivă sau hepatică este mai frecventă la bărbați, cele mai adeseori după vîrsta de 40 ani, la care, deși afecțiunea e cîștigată, nu este exclusă și intervenția unui factor genetic latent, revelat de unii agenți etiologici. Între aceștia, în primul rînd se numără alcoolismului, dar și diferite produse chimice, unele medicamentoase (sulfamidele, antimalaricele, griseofulvina, estro-progestativele), altele ca diclor — și triclorfenolii industriali și hexaclorofenul (antifungic folosit în agricultură), responsabil de apariția a peste 5 000 de cazuri în Turcia între 1955—1959 ; în fine subalimentația (mai ales în Africa), poate interveni în declanșarea sindromului.

Afecțiunea prezintă un sindrom cutanat și semne extracutanate.

Sindromul cutanat e caracterizat prin bule, eroziuni, cruste, macule, cicatrici, respectînd mucoasele ; fragilitate cutanată (rar alterate și unghiile) ; prezența de microchiști (granule de milium) pe mîini, față ,urechi, ceafă ; hipertrichoză temporomalară, cu brunificarea părului ; frecvente discromii ; iar la 1/3 din cazuri și aspecte sclerodermiforme pe gît și față, unde se poate vedea și o tentă ceroasă, poikilodermică, cu aspect de „cutis citreina", datorită atingerii țesutului elastic.

Simptome extracutanate : hepatomegalie, de obicei în legătură cu etilismul, însoțită de creșterea uroporfirinelor (puse în evidență prin puncție biopsie) și la un număr de 20—60% din cazuri hipersideremie (170—320 gama/100), iar în 20—50% din cazuri se întîlnește un diabet.

Biologic, se constată urina de culoare roșie sau roz, foarte bogată în uroporfirine I și III (1—10 mg/l), dar întotdeauna, spre deosebire de porfirinuria intermitentă, precursorii porfirinelor sînt absenți.

Fotonecroza acută Năstase-Grzybowsky, descrisă de acești autori și considerată ca datorită unei alimentații viciate, bogată în clorofilă a putut fi dovedită de noi, în colaborare cu M. Sattouf a fi provocată și de alcoolismul cronic, ocazie care ne-a prilejuit și o interpretare patogenetică a acestor grave manifestări.

Afecțiunea se prezintă cu un tablou particular de fotodermită acută, cu aspect gangrenos, localizat pe părțile descoperite ale pielei, cu evoluție gravă, determinată de modificarea reactivității cutanate a unui organism aflat în stare de malnutriție sau sub influența alcoolismului cronic.

Ambele aceste situații determină perturbări metabolice, ce duc la sensibilizarea tegumentului față de lumina solară, datorită, nu unui simplu proces fotodinamic, așa cum considerau inițial Năstase și Grzybowsky, ci unui proces imunofotoalergic. Substanțele rezultate în urma acestor perturbări formează cu produsele de clorofilă în exces din alimentație sau cu alcoolul ingerat, o „prehaptenă", care oxidată de razele solare sau ultraviolete se transformă în „haptenă". Aceasta conjugîndu-se cu unele proteine ale organismului, devine un veritabil „alergen" care procesul morbid.

Acest mecanism ne explică totodată şi gravitatea deosebită a manifestărilor, cu aspect gangrenos, după cum şi repetarea acestora sub influenţa îngerării alcoolului.

Dacă, alături de aceste manifestări cutanate descrise, mai amintim rolul alcoolismului, cu afectarea ficatului, în favorizarea instalării tabloului clinic al pelagrei şi eritemelor pelagroide ne putem face o idee de rolul alcoolismului direct, sau indirect, asociat cu acţiunea razelor solare, în declanşarea unor sindroame cutanate variate, mergînd de la simple eriteme pînă la manifestările grave ale porfiriilor cutanate şi chiar foarte grave ale fotonecrozei acute Năstase-Grzybowsky, care pun probleme importante nu numai din punct de vedere estetic, dar şi în ce priveşte viaţa şi activitatea celor căzuţi victimă alcoolului.

MANIFESTĂRI BUCALE ÎN CLINICA ALCOOLISMULUI

Margareta Hrimiuc, Angela Haimovici, V. Hrimiuc
— *Iaşi*

Referindu-ne la starea buco-dentară, putem afirma că la alcoolicii cronici, ea este în general precară, aspect care merită reţinut deoarece de cele mai multe ori este necesar asocierea, pe lîngă tratamentul local şi a unui tratament general de reechilibrare vitaminică, a tulburărilor nutriţionale şi carenţiale. Mecanismul complicaţiilor buco-dentare nu este simplu. Aşa cum s-a arătat alcoolul ca produs toxic poate avea o acţiune directă asupra celulei vii, determinînd leziuni primare, dar mai bine precizate sînt complicaţiile viscerale metabolice şi ale mucoaselor, ca o consecinţă a perturbărilor nutriţionale şi carenţiale complexe, deşi mecanismul de producere este încă imperfect cunoscut.

Un mare număr de alcoolici pot fi recunoscuţi după aspectul faciesului, care este supt şi palid (îndeosebi la consumatorii de băuturi distilate) sau puhav şi telegectaziat (la consumatorii de băuturi fermentate), musculatura atonă îmbătrînirea precoce, tremor generalizat sau digito-lingual, vocea răguşită cu nuanţe dizartrice, buzele uşor carminate sau cianozate, respiraţia cu halenă acetonică, inapetenţă şi greaţă matinală.

Privite prin prisma perturbărilor nutriţionale şi carenţiale, modificările ce pot surveni în starea buco-dentară sînt extrem de variabile şi complexe, diferă de la un subiect la altul, deşi în unele situaţii starea bucală poate rămîne mult timp satisfăcătoare. Mai frecvent aceste modificări apar la subiecţii care necesită asistenţă psihiatrică, în condiţii de spitalizare cu complicaţii hepatice, gastrice, pacreatice sau nervoase.

Mucoasa bucală capătă o culoare roşie închisă, cu hipertrofia papilelor gingivale şi tendinţă la deşosare, acompaniată uneori de fenomene dureroase. Alte ori, mucoasa gingivală poate lua un aspect uşor tumefiat şi fungos. Tendinţa hemoragică este de asemenea evidentă. La nivelul limbii modificările sînt mai evidente, existînd o veritabilă glosită cu aspect depapilat, lustruit şi lucitor al mucoasei. Stomatitele şi în special glositele cu limba purpurie şi atrofică pot fi consecinţa avitaminozei B2, iar o glosită eritematoasă şi uscată ca în pelagră, este consecinţa hipoavitaminoze PP. O formă de glosită mai particulară, glosita Hunter, apare în tabloul clinic al carenţei de vitamina B12, însă se pare că această formă nu este frecventă la alcoolici. După Degas şi Dechaume, o carenţă de vitamina C poate fi responsabilă de apariţia unei glosite depapilată cu diminuarea secreţiei salivare.

Alteraţiile dentare a acestor bolnavi, trebuiesc de asemenea privite prin prisma dezechilibrului nutriţional şi carenţial, prin exacerbarea factorilor microbieni cariogeni şi prin modificarea mediului bucal datorită perturbărilor secreţiei salivare, atît cantitativ cît şi calitativ. De remarcat, că la unii subiecţi, procesele carioase, devin remarcabile prin intensitatea şi multiplicitatea lor. În fine, neglijarea higienei bucale joacă de asemenea un rol important la alcoolicii, cu tulburări psihosomatice grave.

Afecţiunile constatate la nivelul cavităţii bucale nu sînt caracteristice şi de obicei sînt consecinţa perturbărilor nutriţionale şi carenţiale, mai ales în proteine, vitamine etc., ele putînd fi reproduse experimental prin regim carenţial. Factori foarte complexi determină în cursul evoluţiei alcoolismului o policarenţă, fiind perturbate toate modalităţile privind aportul, absorbţia şi utilizarea.

Aportul este anormal, atît cantitativ cît şi calitativ. Anorexia aproape constantă poate fi globală dar şi selectivă ; pentru carne, grăsimi etc., ceea ce duce la scăderea aportului protidic şi a fracţiunilor vitaminice de origine animală, în particular a celor din grupa B. Pe de altă parte starea bucodentară defectuoasă poate contribui ea însăşi ca factor de dezechilibru alimentar şi de tulburări digestive. La carenţa de aport se adaugă de obicei şi o carenţă de absorbţie, datorită tulburărilor digestive cronice, ca o consecinţă a gastritelor alcoolice, sursă de tulburări dispeptice variate, a insuficienţei pancreatice, care perturbă în special absorbţia grăsimilor şi a vitaminelor liposolubile. Acest dezechilibru antrenează modificarea florei intestinale, cu accelerarea tranzitului modificînd absorbţia intestinală. De la tulburările de absorbţie intestinală se poate ajunge la perturbări de utilizare tisulară.

Carenţa grupului de vitamine B indispersabile pentru rezolvarea unui mare număr de fenomene biologice, joacă un rol important în apariţia pe lîngă altele și a leziunilor buco-dentare modificînd metabolismul hidraților de carbon. Experimental la șobolanii privați de vitamina B s-a constatat că ei preferă o soluție de alcool, apei, însă oferindu-li-se o a treia soluție de zaharoză, o preferă pe aceasta primelor două. (Williams). Acest fenomen este bine observat în encefalopatia alcoolică Gayet-Wernicke în care predomină hipoavitaminoză de tiamină, afecțiunea fiind considerată un veritabil „beri-beri cerebral“.

Cercetări moderne au arătat că în alcoolism pe lîngă alte deficite nutriționale un rol important îl joacă carența de tiamină și a unui factor denumit antihipoxidină“ (Pentschen 1967), care ar fi un element activator hepatic favorizînd procesul de oxidare a glucozei. Ficatul ar regla pe cale umorală procesele de oxidare. În alcoolismul cronic carența de tiamină și antihipoxidină determinată de leziuni hepatice și gastrointestinale, perturbă fenomenele de oxidare celulară, apărînd hipoxia și modificarea structurii unor țesuturi.

Cunoașterea acestor aspecte de medicul specialist stomatolog cît și psihiatru sînt deosebit de necesare în aplicarea unui tratament complex.

Tratamentul local necesită a fi completat cu o terapie generală de la caz la caz, de reechilibrare a regimului alimentar carențiat.

Existența unui aspect anormal al mucoasei la etilitici, impune obligator și un tratament cu vitamine parenteral.

În policarii sînt necesare examene biologice complexe pentru depistarea carenței și reechilibrarea consecutivă, prin aport alimentar și vitaminic din grupa B 1, B 2, PP, C, parenteral, cale, care este de preferat în situații cu tulburări gastrointestinale.

Intervențiile chirurgicale impun determinarea timpului de protrombină și corectarea tulburărilor de coagulare.

Sensibilitatea crescută față de infecții a acestor bolnavi obligă efectuarea tratamentelor chirurgicale sub antibiotice.

Trebuie de asemeni avut în vedere că unii alcoolici cronici în cursul efectuării unui tratament chirurgical, pot intra în stări psihotice de aspect confuziv și mai grav, declanșarea delirului tremens.

În final, considerăm că trebuie să se țină seama de terenul și reactivitatea pacientului, rezistența sa, precum și de necesitatea stabilirii unor raporturi adecvate între medic și pacient.

CRITERII DIAGNOSTICE ÎN BEȚIA PATOLOGICĂ

Rodica Macrea
— Cluj-Napoca

Este bine cunoscut rolul major al alcoolului în favorizarea delincvenței, frecvența actelor infracționale și potențialul criminogen ridicat al diferitelor forme de alcoolism acut.

Stabilirea responsabilității în infracțiunile comise de alcoolici în general și în cele ale bolnavilor cu intoxicații acute în special, întîmpină o serie de greutăți ce rezidă din divergențele de păreri (medicale, psihiatrice și juridice) referitoare la clasificarea formelor de alcoolism, determinarea criteriilor și gradului responsabilității, încadrarea lor în prevederile legii referitoare la alcoolism.

Problema este cu atît mai spinoasă cu cît încadrarea diagnostică precisă este de multe ori greu de făcut, dat fiind faptul că ea se face retrospectiv.

Discuția are ca obiect în speță beția simplă și cea patologică, entități de care se leagă o apreciere foarte diferită a discernămîntului și responsabilității, cu importante consecințe juridice.

Cele mai frecvente acte infracționale ale alcoolicilor sînt comise în cadrul stărilor de beție simplă (violențe contra persoanelor, distrugere de bunuri, acte de huliganism, atentate la pudoare etc.), fără a mai aminti marele procent al accidentelor rutiere, care se leagă chiar de faza infraclinică a intoxicației.

Conform codului nostru penal, beția simplă, voluntară, nu înlătură caracterul penal al faptei, ea putînd constitui dimpotrivă o circumstanță agravantă sau atenuantă, discernămîntul alcoolicului fiind considerat în acest caz păstrat. Există desigur o serie de discuții legate de responsabilitate în cazurile de beție (care, deși tranzitorii, sînt totuși trăiri psihice patologice). Confuzia mintală produsă însă de beție ca atare, diferă de alte cazuri de confuzie mintală, întrucît cea a persoanei care s-a îmbătat din „proprie inițiativă“ este consecința unei atitudini a persoanei, pentru care poate fi trasă la răspundere. Subiectul păstrează capacitatea de a aprecia prospectiv, de a anticipa efectele nocive ale consumului de alcool („odată cu alcoolul nu se înghit și circumstanțele sale atenuante“ — SCRIPCARU, TERBANCEA).

Aplicarea prevederilor legii din această perspectivă apare justificată numai în cazurile de beție tipică. Cu totul altfel se pune problema din punct de vedere juridic cînd beția nu are acest caracter tipic.

Deși rară, beția patologică este o formă de alcoolism acut cu foarte frecvente implicații medico-judiciare. În cadrul ei s-au semnalat comiterea unor infracțiuni brutale, cel mai adesea nemotivate. În funcție de forma clinică individul poate ajunge de exemplu la omucidere pentru a se apăra (fiind stăpînit de halucinații terifiante și idei de persecuție), sau pradă unui raptus melancoliform, se poate sinucide, sau poate comite crime și delicte în stare de automatism ambulator.

In cazul așa-zisei „beției patologice" (sub diferitele sale aspecte) tipurile variate de confuzie mintală temporară, care diferă calitativ de beția obișnuită, pot fi considerate boală psihică ca atare. În aceste circumstanțe, deși nu există nici o referire la această formă în codul nostru penal, psihiatrii și legiștii experți sînt unanim de acord asupra neresponsabilității acestor indivizi (tulburările psihice fiind atît de profunde încît determină pierderea completă a autocontrolului).

Deși teoretic lucrurile par destul de clare, practic nu sînt totdeauna simple și de multe ori sîntem puși în dificultate sub raport diagnostic.

In contrast cu beția obișnuită, beția patologică ar apare în prezența unor modificări calitative și cantitative a toleranței la alcool a consumatorului, datorită unor modificări patologice înnăscute sau cîștigate sau dispoziției momentane.

Autorii clasici (începînd cu KRAEPELIN, apoi mai recent GARNIER, BINDER, BUNEEV) și autorii români (CSIKY) consideră drept caracteristici clinice definitorii pentru beția patologică manifestările sale mai dramatice, în raport cu beția simplă, constînd în tulburări de conștiință (de tip confuziv), instalate brusc, care nu sînt proporționale cu cantitatea de alcool consumată, absența ataxiei și coordonarea relativă a mișcărilor, prezența actelor nejustificate, absurde, mergînd pînă la violență (comise în stare de automatism ambulator), apariția uneori a tulburărilor de percepție (iluzii, halucinații) și a delirului (de autoacuzare, gelozie). Subiectul acționează într-un „vid emoțional total", apărînd străin față de mediul său. Tabloul clinic dispare tot atît de brusc precum a apărut (după cîteva ore), fiind urmat de o amnezie lacunară totală, de cele mai multe ori (sau întîrziată).

Un aspect controversat este cel al repetării episodului. Cei mai mulți autori susțin că acesta are tendința să recidiveze, în condiții identice. În schimb unii autori sovietici și români (TOMORUG) consideră că beția patologică este de obicei un episod unic.

Încercînd să aplicăm practic acești parametri clasici constatăm că ei nu sînt întrutotul superpozabili realității clinice. Pornind de la practica clinică și de expertiză, care arată existența unor forme de tranziție între beția obișnuită și cea patologică, se tinde să se introducă (mai ales în literatura maghiară) noțiunea de beție patologică abortivă, a cărei delimitare ar avea importante repercusiuni juridice. În această formă simptomatologia poate fi parțială (o beție patologică incompletă), cu posibilitatea persistenței unor engrame. Tulburările de conștiință nu ajung de intensitatea delirului, dar coexistă cu acte străine personalității și conduitei anterioare a pacientului și în general cu stări afective particulare. Se subliniază, cu valoare de principiu, importanța aprecierii prezenței beției patologice abortive, care ar delimita discernămîntul delincventului.

Pe baza datelor din literatură și a experienței noastre dorim să punctăm următoarele aspecte :

— Cunoașterea, diagnosticarea și diferențierea cît mai precisă a diferitelor forme de beție este deosebit de importantă, ținînd cont de frecvența delictelor comise de alcoolici în aceste stări, de gravitatea lor și gradul diferit de responsabilitate (raportat la forma beției).

— Observarea aspectelor clinice ne oferă material pentru o conturare pe cît posibil mai diferențiată a formelor de beție patologică. Datele obiective nu se suprapun întrutotul descrierilor clasice. Astfel, deși se consideră a fi caracteristică disproporția între simptome și cantitatea de alcool consumat. este o eroare a considera acest semn ca fiind unicul parametru, indispensabil pentru diagnostic.

— Terenul favorizant nu se rezumă la psihopatii sau sechele posttraumatice sau postencefalitice, ci depinde și de psihotip sau de starea de moment (oboseală, insomnii îndelungate, stări distimice, neliniște, chiar și abuzuri sexuale, după TOMORUG).

— Ca metode suplimentare de investigație și diagnostic, față de cele menționate în literatură (EEG simplă și repetată, EEG în serie, testul de provocare cu cantități mici de alcool, urmat de înregistrare EEG), considerăm deosebit de utile și propunem a fi practicate narcoanaliza cu amital sodic i.v. (pentru a verifica amnezia afirmată de bolnavi și a evidenția eventualele mobile ale infracțiunii). De asemenea proba cu alcool (într-o formulă modificată — cu alcool administrat asociat i.v. și per os), care poate provoca o reeditare a tabloului (la un interval variabil de timp). Inregistrarea EEG după provocarea cu alcool este de multe ori imposibilă (datorită agitației bolnavului sau lipsei sale de relaxare) sau oferă date neconcludente.

— Aprecierea discernămîntului și responsabilității în asemenea cazuri necesită o convergență de opinii psihiatru-legist, un studiu foarte atent al dosarului judiciar (care poate da informații foarte importante privind personalitatea premorbidă, împrejurările comiterii faptei, mobilul ei, modalitatea instalării tabloului psihic, etc.).

— Intrucît relația alcoolism—infracțiune nu este obligatorie și nu se poate face ecuația beție—lipsă de responsabilitate, forul juridic trebuie să aprecieze atent măsura în care forma de beție l-a putut împiedica pe infractor să aprecieze caracterul antisocial al faptei.

— Beția patologică tipică, în care tulburările psihice grave determină pierderea autocontrolului și conferă neresponsabilitate, este probabil o formă mai rară.

— În celelalte forme incomplete (sau abortive), aprecierea responsabilității trebuie făcută diferențiat pentru a contribui în ultimă instanță la sprijinirea luptei împotriva alcoolismului ca factor criminogen.

The pathological drunkenness is a special aspect of the acute alcoholism with quite a lot of medical-judicial implications.

The psychiatry and the forensic medicine agree on the mater of irresponsibility of these individual and consider theam as psychical patients as such.

DIN TRECUTUL LUPTEI ANTIALCOOLICE ÎN ROMÂNIA

M. Cotrău, N. I. Ioanid
— Iași—București

Activitatea antialcoolică în țara noastră s-a dus pe multiple planuri, încă din timpuri străvechi.

În spațiul carpato-balcanic, tracii, sciții și dacii, cunoscînd înaintea erei noastre cultura viței de vie, au ”apreciat““ și produsul fermentat al acesteia. Grecii îi caracterizau pe traci ca „o superbă națiune ariană, la care femeile beiau mult decît bărbații““, iar despre sciți afirmau că sînt „un popor viteaz, dar mari băutori“. Prin Sparta circula chiar aprecierea „a bea ca un scit“.

Prima măsură statală cunoscută antialcoolică datează din vremea regelui Burebista, care, la sfatul marelui preot Deceneu, a dispus stîrpirea viței de vie. Oare numai considerentul antialcoolic a generat această măsură, sau și dorința de a suprima una dintre atracțiile — vinul de bună calitate — pentru popoarele migratoare? O măsură similară a reprezentat edictul din 92 e.n. a împăratului Domițian, care interzicea plantarea de noi vii și dispunea distrugerea a jumătate din culturile existente, chiar și în provinciile romane. Edictul a fost însă anulat de însuși Domițian, pentru că, după Suetoniu: „(împăratul) totdeauna fricos și neliniștit a preferat să anuleze edictul propus pentru stîrpirea viilor, decît răspîndirea unor bilețele cu versurile: Din rădăcini de m-o scoate / Rod tot voi produce atîta / Cît să stropesc după rit / Pe împăratul jertfit“.

Legiuirile voevodale de mai tîrziu conțin prevederi de îngrădirea consumului de băuturi alcoolice, ca și de combaterea falsificării acestora.

Neagoe Basarab sfătuiește pe fiul său Teodosie, astfel: „să nu îngreunezi trupul tău cu băutură pentru că mulți spun că bună este băutura multă. Cum este bună? Omul care se îmbată, dacă are minte multă, atunci o pierde, dacă are mîini, nu-i mai folosesc, dacă are limbă, nu poate să glăsuiască cu dînsa, dacă are picioare, nu-i mai folosesc. Deci cum să nu fie rea beția, dacă întreg trupul nu-i mai folosește, ca să poată împlini ceva pentru Dumnezeu și pentru oameni. Și încă și alte rele izvorăsc din beție, care sînt acestea: mai întîi își îmbolnăvește trupul său și sărăcește casa sa și-și prăpădește mintea. Și din clipa în care și-a prăpădit mintea, atunci și sufletul este pierdut“.

În Pravila lui Vasile Lupu alături de alte măsuri privind apărarea societății și a individului — de otrăvitori, paricizi, hoți („furi“) — sînt incluse și paragrafe despre beție. Astfel: „cînd va fi bărbatul învățat deapururea a umbla tot beat și să-și bată muierea tot în beție, atunci muierea lui cu lege se va împărți (divorța)“.

Ravagiile făcute de consumul excesiv de băuturi alcoolice, în special distilate, și în celelalte regiuni românești, pot fi apreciate și după necesitatea de a înfiera acest obicei din amvon. Pe la 1713 un preot sas din Brașov predica împotriva „băuturii de rachiu și a purtării focului fumegînd“.

În sec. XVIII apar mai multe „anaforale“ domnești, interzicînd, în perioadele de secetă și război, folosirea „zaharelei“ (cerealelor) pentru producerea de băuturi alcoolice.

Odată cu progresele socio-culturale din sec. XIX și începutul sec. XX, factorii de răspundere, alarmați de efectele dăunătoare ale abuzului de alcool, au întreprins o serie de acțiuni pentru stăvilirea acestuia.

Au fost elaborate legi privind controlul și limitarea producției de băuturi alcoolice care însă purtau amprenta grupului social dominant.

De asemenea s-au înființat unele organizații, laice și religioase ca: Liga Antialcoolică, Asociația de propagandă pentru combaterea boalelor sociale, Biblioteca antialcoolică, Societatea Trezvia (Cernăuți), Sănătatea socială, Liga națională a templierilor, Cultura poporului, și altele. Unele dintre acestea aveau drept unic scop combaterea alcoolismului, iar altele participau în cadrul acțiunii generale de apărare a sănătății populației, prin acțiuni de stăvilirea alcoolismului.

În lupta antialcoolică au fost angajate personalități de prim rang. atît din domeniul medical, cît și din alte activități culturale, politice și științifice. Astfel au militat nu numai pentru emanciparea socială, ci și pentru combaterea alcolismului: Kogălniceanu, Alecsandri, Conta, Maiorescu Ion Ionescu de la Brad, Davila, Konya, Xenopol, Istrati, Babeș, frații Minovici, Riegler, Obreja, Poltzer și mulți, mulți alții.

În cadrul acțiunilor antialcoolice s-au ținut conferințe în diverse medii sociale și s-au organizat congrese, dar, evident, cu rezultatele impuse de limitele orînduirii sociale respective, cînd adesea interesul privat precumpănea față de interesul public. Aceste organizații și-au concertat, adesea activitatea cu organizații similare din străinătate, invitînd și diferiți specialiști reputați, de ex. președintele Biroului Internațional antialcoolic de la Lausanne, dr. Hercod.

Este lăudabilă strădania unei însemnate părți a presei românești din toate provinciile țării, pentru combaterea alcoolismului. Încă de la 1838, Foaia pentru minte, inimă și învățătură a lui Barițiu de la Brașov îndemna la moderație; apoi Albina Românească, Propășirea, Gazeta Transilvaniei, Viața Românească, Arhiva, Natura, Lumina, Opinia, Contemporanul, Răsăritul, Societatea de mîine, etc au publicat materiale documentate în cadrul unor campanii susținute pentru ameliorarea fondului biologic al locuitorilor țării prin reducerea consumului de băuturi alcoolice. Nu poate fi omis faptul că și publicațiile diverselor culte — ortodox, catolic, mozaic, protestant — au închinat numeroase articole acțiuni de combatere a alcoolismului (Mitropolia Moldovei din Iași, Cultura Creștină din Blaj, etc.).

Pe de altă parte, activitatea antialcoolică s-a manifestat prin editarea de broșuri, manifeste, afișe, piese de teatru, ca: Pericolele băuturilor alcoolice (1899), Moș Dima (1899), Beția cu leac (piesă, 1900), Beat mort (piesă, 1902), Alcoolismul (teză de doctorat în medicină, dr. Katz, 1904, Iași), Beția, ruina satelor (1923), etc.

Gravitatea problemei alcoolismului într-o țară cu alimentație deficitară în special a țărănimii, a antrenat numeroase personalități și organizații să sesizeze forurile conducătoare asupra acestui pericol, prin memorii, interpelări în Cameră și Senat, propuneri de măsuri economice, sociale, educative, sanitare. etc. Astfel Miniseterului de Finanțe i s-a cerut elaborarea de măsuri ferme pentru îngrădirea producției de băuturi distilate în favoarea vinului și a berei, considerate mai puțin toxice și mai greu de falsificat.

În aceste acțiuni profund umanitare nu puteau lipsi militanții socialiști. Încă din 1888 Sofia Nădejde scria în articolul „Alcoolismul“ din Contemporanul, următoarele : „... nu-i cu putință ca un rău s-ajungă a se lăți asupra unor țări întregi, a copleși viața, a nemici familia, fără ca iel să n-aibă pricini grozave, rădăcini adînci în societate...“. Autoarea folosește pentru explicarea cauzei alcoolismului în mediul muncitoresc argumentele lui Engels, care se referea la situația clasei muncitoare din Anglia “ „muncitorul se întoarce acasă de la muncă obosit și sleit... El are neapărată nevoie de o destindere, îi trebuie ceva în schimbul muncii, ceva care să-i facă suportabilă perspectiva zilei anevoioase de mîine... Trupul său istovit, slăbit de aerul viciat și de alimentația proastă, cere imperios un stimulent din afară..... (în aceste împrejurări) nu li se poate lua în nume de rău înclinarea spre băutură“. Consecventă ideilor socialiste, Sofia Nădejde indică drept singura cale de combatere a alcoolismului, reformele sociale care să asigure un trai omenesc tuturor cetățenilor.

Strădania militanților din frontul antialcoolic din trecut trebuie să constituie o pildă luminoasă pentru prezent, desigur adaptată la noi condiții politice, economice și sociale.

The antialcoholic struggle in Romanian has its beginning as far back as in ancient times. The first known antialcoholic state measure was adopted by the Dacian King Burebista. The law collections of many voivodes — for example Vasile Lupu — also comprise measures against the abuse of alcoholic drinks. In the XIX-th century the antialcoholic struggle becomes effective and very active, having as supporters most of the progressive-minded personalities in various fields.

CONTRIBUȚII LA ISTORIA LUPTEI ANTIALCOOLICE

I. E. Naghiu
— *Iași*

Unul dintre mijloacele cele mai eficiente de luptă antialcolică în țara noastră a fost revista Antialcoolul. Revista a apărut în mai 1900, ca organ al Ligii Antialcoolice (Secțiunile Iași—București), sub direcția Dr. Mina Minovici, profesor de medicină legală la Facultatea de Medicină din București. În comitetul de redacție intrau cunoscuți oameni de cultură ca : V. Babeș, G. Bogdan, A. D. Xenopol, I. Felix. Toma Ionescu, Gh. Marinescu, A. Obregea. Motto al revistei erau cunoscutele cuvinte ale savantului Ch. Darwin : „Din observațiile noastre, ale tatălui și bunicului meu, care datează de mai mult de un secol, rezultă că nu există o cauză de suferință, de boală și de mizerie mai puternică decît alcoolismul“.

Pe copertă se apreciază că scopul revistei este „a combate flagelul alcoolismului la țară“.

Articolele din primul număr au titluri edificatoare : Ținta noastră ; Primejdia alcoolismului, etc. A. D. Xenopol scrie profesorului Mina Minovici „trebuie să urmăm mai departe propaganda socială în contra alcoolului, dușmanul neamului omenesc și mai ales dușmanul civilizației. Este de asemenea dată o statistică datorată dr. Felix, din care rezultă că în 1893—1894 s-au consumat în România 56.909.875 litri de spirt, deci 9 litri de spirt/locuitor, iar viile au produs 622 milioane litri vin adică 105 litri/locuitor.

Încă din numărul II apare un „apel către învățători pentru formarea de societăți școlare antialcoolice“.

Cîtă importanță se acordă acestei probleme. reiese din tematica congreselor medicilor : la două din primele patru congrese s-a tratat despre alcoolism (1897— și 1900). În cadrul congresului din 1900, conferința dr. Possa „Alcoolismul și mișcarea antialcoolică în România“ cuprinde un istoric al acestei mișcări. Astfel se arată că : distilăriile datează din 1755, pînă atunci locuitorii beau doar vin ; la spitalul Mărcuța 30% dintre alienați erau alcoolici ; în 1870 a început lupta antialcoolică prin presă (Albina, Călăuza sanitară) ; în 1897 a fost înscrisă în programele școlare, propaganda antialcoolică ; în 1890—95 se interzice rachiul din cantinele militare, etc.

În revista Antialcoolul apar diferite producții literare : schițe, nuvele, poezii, maxime, piese de tetru — originale sau traduceri, precum și prezentări, articole științifice, dări de seamă ale congreselor internaționale contra alcoolismului, ca de exemplu :

— Leacul beției, piesă de T. Dicescu (vol V 1904).

— Dușmanul dintre noi, conferință de G. Coșbuc (V. VII. 1906).

— Hora lui Moș Dima, poezie (Hotăriți odată frate ; Prin cîrciumi nu mai intrați ; De beție vă lăsați).

— Drum spre ținte, piesă de V. Rossel, tradusă de Gh. Sterba (Nr. VIII 1907).

— Intîlnirea, schiță de I. Agârbiceanu (nr. XII. 1911).

— Sărbători fără rost, schiță de N. Iorga (nr. XI 1910).

— Influența tutunului și alcoolului asupra organismului în special asupra sistemului nervos, de dr. Gh. Marinescu (nr. XIII. 1912).

— Mișcarea antialcoolică în Transilvania, de prof. N. Mihulin (nr. X. 1909).

— Invățătura despre vinars pentru folosul școalelor sătești din Ardeal, tipărită la Blaj în 1847 și prezentată în revistă de prof. D. Munteanu—Rîmnic, etc.

In coloanele revistei se găsesc și unele date despre istoria alcolismului. Astfel se menționează că într-un izvod de avere al fraților Cantacuzino, datînd din 1661, este enumerat și un vas de țuică. De asemenea se precizează că termenul „horîlcă" de origine poloneză este atestat în sec. XVII-lea.

O preocupare importantă a revistei „Anti-alcoolul" a fost lupta pentru convingerea autorităților să întocmească legi antialcoolice și să limiteze numărul localurilor de consum.

In 1908 se constituie „Liga Națională de temperanță", iar revista Antialcoolul devine buletinul acestei Ligi. Comitetul Ligii Naționale era format dintr-o serie de personalități ale timpului — oameni politici, medici, financiari, etc. precum și din cîteva soții ale acestora. In conducerea revistei apar numele de Dr. D. Cantacuzino. Alex. Obregea. I. Costinescu, Mina Minovici, Gh. Sterba.

Din 1908 prof. Mina Minovici trece din funcția de redactor adtiv. în aceia de director adtiv., iar din 1914 nu mai apare pe copertă un comitet. ci doar directorul, prof. Mina Minovici. După 1916, revista Antialcoolul, ajunsă la al XVII volum, nu a mai putut să apară.

In activitatea sa, pe parcursul a 16 ani, revista Antialcoolul a reușit să înscrie în analele presei românești, o realizare importantă în domeniul luptei antialcoolice din țara noastră.

DATE ECOLOGO-EPIDEMIOLOGICE CU PRIVIRE LA INCIDENȚA ALCOOLISMULUI ÎN MUNICIPIUL ȘI JUDEȚUL IAȘI ÎN ULTIMII 20 DE ANI

P. Brânzei, P. Boișteanu, Fl. Teodorescu, M. Șelaru, V. Chiriță

— Iași

Alcoolismul, cu diversele sale forme clinice reprezintă 8,4% din totalul celor peste 170.000 bolnavi spitalizați pentru prima oară în perioada 1905—1980.

In perioada 1960—1980 au fost spitalizați pentru prima oară un nr. de 12.432 bolnavi afectați de alcoolism ceea ce reprezintă un procentaj de 8,3% din totalul internărilor.

Urmărind în dinamică raportul internărilor prin psihosindroame alcoolice se constată că acestea au prezentat variații între 48,8% și 7,1%.

Pentru municipiul Iași internările pentru psihosindroame alcoolice au reprezentat 8,2%, iar pentru județul Iași procentul de internări a reprezentat 5,01% din numărul total de bolnavi internați pentru diferite boli psihice.

Dinamica internărilor pe ani a psihosindroamelor alcoolice pentru municipiul și județul Iași se prezintă astfel : (Fig. 1, 2 și 3).

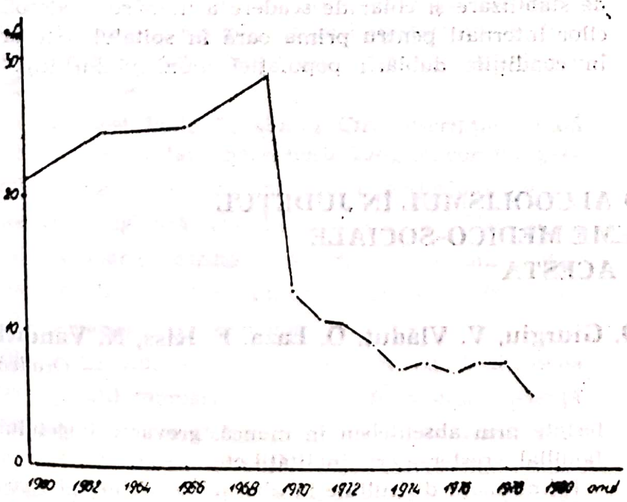


Fig. 1. Dinamica internărilor pe ani a psihosindroamelor alcoolice.

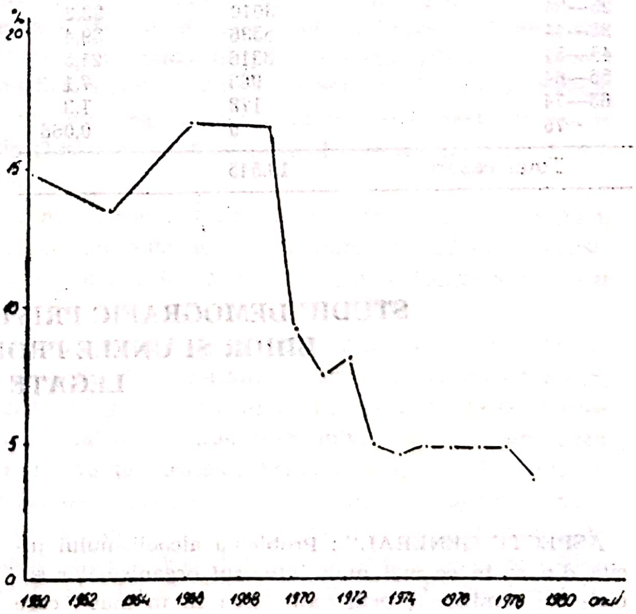


Fig. 2. Dinamica internărilor psihosindroamelor alcoolice pentru municipiul Iași.

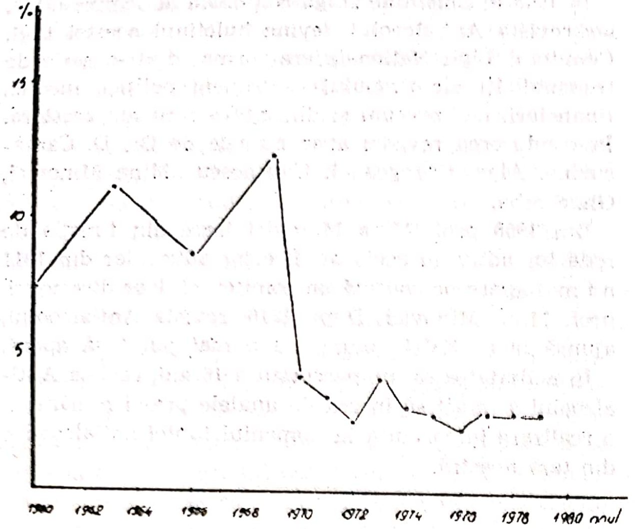


Fig. 3. Dinamica internărilor pe ani, a psihosindroamelor alcoolice pentru județul Iași.

Cercetînd structura morbidității pe forme clinice la bolnavii afectați de alcolism spitalizați pentru prima oară în perioada 1960—1980 se desprind următoarele particularități :

— ebreitas vulgaris = 11% (3% F și 8% B) ;

— alcoolofilii (alcoolism cronic și alcoolism cu tulburări psihice de limită) 72,5% (11,5% F și 61% B) ;

— alcoolomanii (crize de beție patologică, dipsomanie, psihoze și demențe alcoolice = 16,2% (4% F și 12,2% B).

Grupa de vîrstă	Total cazuri	%
0—4	1	0,007
5—14	9	0,066
15—24	707	5,2
25—34	3010	22,2
35—44	5336	39,4
45—54	3316	24,5
55—64	963	7,1
65—74	178	1,3
75	9	0,066
Total cazuri	13.545	

Referindu-ne la distribuția totală pe grupe de vîrstă, constatăm că peste 50% dintre bolnavii respectivi se plasează în grupa de vîrstă 21—40 ani, de maximă angajare socio-profesională, iar grupa de vîrstă 11—30 ani reprezintă peste 15%, situație ce pledează pentru rolul nefast al influențelor microgrupului în dezvoltarea contaminativă a alcoolofiliei.

În ce privește repartiția pe sexe a bolnavilor cu psihosindroame alcoolice, se constată că în raport cu totalul internărilor, bărbații reprezintă 7,4 iar femeile 0,9%.

În ultimul deceniu se observă o creștere a frecvenței psihosindroamelor alcoolice la sexul feminin ca un răsunet al angajării plenare a femeii în activitatea productivă, cu independența ce o implică cît și a creșterii exigențelor socio-familiale ducînd deseori la suprasolicitare.

În cadrul internărilor pentru prima dată în Spitalul „Socola", pe ansamblul bolilor psihice, psihosindroamele alcoolice se situează pe locul IV. Pentru sexul masculin internările pentru alcoolism se situează pe locul II în timp ce pentru femei se situează pe locul VI.

Pentru municipiul Iași alcoolismul reprezintă a treia cauză de internare, în timp ce pentru județul Iași reprezintă a patra cauză de internare în clinica psihiatrică.

În perioada 1960—1980 durata medie de spitalizare pe ansamblu a fost de 13,02 zile pentru fiecare bolnav, municipiului Iași revenindu-i o medie de spitalizare de 9,8 zile bolnav.

Pentru județul Iași s-a înregistrat o durată medie de spitalizare de 14,3 zile. În ultimul deceniu se remarcă o constantă tendință de scădere a duratei de spitalizare care atestă eficiența măsurilor terapeutice și de asistență extraspitalicească.

De remarcat că pentru populația municipiului Iași — de 278.575 locuitori — 1978 psihosindroamele alcoolice reprezintă 1,5%.

Ca o consecință a creșterii conștiinței de sănătate a populației și a intensificării luptei împotriva consumului abuziv de băuturi alcoolice se remarcă o tendință de stabilizare și chiar de scădere a numărului alcoolicilor internați pentru prima oară în spitalul „Socola" în condițiile dublării populației municipiului Iași.

STUDIU DEMOGRAFIC PRIVIND ALCOOLISMUL ÎN JUDEȚUL BIHOR ȘI UNELE PROBLEME MEDICO-SOCIALE LEGATE DE ACESTA

O. Giurgiu, V. Vlăduț, O. Laza, E. Kiss, N. Vandici
— *Oradea*

ASPECTE GENERALE : Problema alcoolismului incită din ce în ce mai mult interesul organismelor sociale de conducere, prin extinderea sa în mase, care ia proporții îngrijorătoare, datorită implicațiilor sanitare, prin generarea de afecțiuni hepatice, neurologice psihice etc. și a implicațiilor social-economice manifestate prin absenteism în muncă, grevarea bugetului familial, creșterea criminalității etc.

Prima mare dificultate în abordarea problemei alcoolismului derivă în greutatea de a defini alcoolismul. Consumul de alcool este vechi ca și omul, și este foarte greu a preciza unde se termină uzul normal al băuturii alcoolice, considerat de unii chiar ca un aliment, şi unde începe abuzul de alcool, deci alcoolismul propriu-zis. Aici trebuie să ţinem cont de aspectul socio-cultural, „toleranţa", „optica" mediului social, „obiceiurile pămîntului". De asemenea mediul geografic poate influenţa consumul de alcool în sensul că dacă regiunea este producătoare viticolă sau de prune, poate imprima o mai mare toleranţă faţă de consumul de vin sau ţuică.

Obiceiul de a bea în anumite ocazii festive (nunţi, botezuri, onomastici, întîlnire a vechilor absolvenţi, diverse banchete) constituie un prilej de alcoolizare pentru cei predispuşi. În acelaşi timp trebuie să recunoaştem că o cantitate mică de alcool contribuie în aceste ocazii, la facilitarea legăturilor interumane, indivizii devenind mai deschişi, mai comunicativi, mai dispuşi pentru a realiza legături amicale.

Azi este valabilă părerea că nu uzul ci abuzul de alcool trebuie să fie combătut. „Dozarea" consumului de alcool este o problemă care se încearcă a fi rezolvată în mai multe feluri. Se cunoaşte metoda de limitare „prin tichete" în anumite ţări scandinave. În alte state, din apus, se permite vînzarea „ad libitum" numai la sfîrşit de săptămînă, măsură care a generat alcoolismul de weekend.

La noi în ţară de asemenea, există restricţii privind punerea în vînzare a băuturilor alcoolice. Inventivitatea alcoolicului găseşte însă noi mijloace de a eluda aceste dispoziţii legale, care practic, niciuna dintre ele, nu a reuşit să diminue numărul alcoolicilor.

Prejudiciile economice cauzate de alcoolism sînt foarte mari, ele se reflectă prin : numărul mare de zile nelucrate de către muncitorii alcoolici, daune cauzate de etilici datorite accidentelor, neglijenţelor, distrugerilor de valori materiale, psihice şi morale ; al randamentului scăzut în muncă ; sub aspect etico-juridic foarte multe delicte, furturi, sînt săvîrşite de alcoolici sau de persoane în stare de ebrietate.

Studiul prezent a fost efectuat pe baza unei tematici adecvate şi urmărea revelarea unor aspecte din cadrul unor teritorii din judeţ. Aceste teritorii le-am considerat mai afectate de alcoolism, luîndu-se în considerare totodată şi anumite criterii socio-culturale (natalitate, naţionalitate, preferinţă pentru consum de ţuică sau vin, etc).

Astfel au fost luate în studiu Circumscripţia rurală Săcuieni cu natalitate mare, peste 20%, cu consum predominant de vin şi cu populaţie în majoritate de naţionalitate maghiară ; Circumscripţia urbană Vaşcău, cu natalitate foarte scăzută, sub 10‰, cu consum predominant de băuturi tari (ţuică), cu populaţie în majoritate de naţionalitate română.

Din municipiul Oradea au fost luate în studiu două circumscripţii (numărul 1 şi 3), unde acordă asistenţă medicală medici ce au vechime la locul de muncă respectiv. de 15—20 ani. şi care cunosc foarte bine aspectele de morbiditate şi condiţiile socio-culturale din teritoriul deservit, iar dintre întreprinderile municipale, Uzina de alumină. De asemenea s-au cules informaţii de la Leagănul de copii din Oradea.

REZULTATUL CERCETĂRII : Din analiza datelor obţinute reies următoarele aspecte :

Numărul bolnavilor cu alcoolism este în creştere în judeţul Bihor.

Educaţia sanitară nu este suficient organizată în materie de prevenire şi combatere a alcoolismului. Astfel, în dispensarele din municipiul Oradea sînt aproape inexistente sau foarte sporadic organizate consfătuirile pe temă de alcoolism. Situaţia din acest punct de vedere este mai bună în mediul rural, unde există o preocupare în acest sens, fiind antrenate în activitatea de educaţie sanitară şi moral-cetăţenească şi cadrele didactice. Astfel la circumscripţiile Săcuieni şi Vaşcău numărul consfătuirilor pe teme de alcoolism se ridică, anual, la 10—35, în ultimii patru ani. De aici se poate conchide că dispensarele medicale şi consiliile populare din mediul rural sînt mai sensibile la problema alcoolismului, se vorbeşte mai direct, mai nemijlocit de urmările nefaste ale acestuia.

Luarea şi ţinerea în evidenţă a alcoolicilor cronici este departe de a fi satisfăcătoare. Există, ce e drept un sistem de anunţare a circumscripţiilor din partea policlinicii. care este însă imperfect. Este necesar ca medicii din cadrul Laboratorului de pishoprofilaxie să urmărească evidenţa bolnavilor cu alcoolism cronic la nivelul dispensarelor medicale din municipiul Oradea.

Cazurile de beţii acute care să necesite asistenţa medicului d e circumscripţie sau de întreprindere au fost relativ puţine. Aproape toate aceste cazuri, conform dispoziţiilor în vigoare, sînt dirijate direct la Spitalul de neuropsihiatrie din Oradea, secţia psihoze.

Tentativele de suicid în stare de ebrietate sînt frecvente, dar ele sînt greu de urmărit în sensul că în aceste cazuri consumul de alcol constituie un dezinhibant, care are rolul de a uşura actul suicidar propriuzis (intoxicaţie medicamentoasă, tăierea arterelor, strangulare etc). Predomină deci ca importanţă medicală starea care pune în pericol viaţa bolnavului (comă medicamentoasă, starea de asfixie, de şoc hemoragic etc) ,astfel că de obicei nu se menţionează şi starea de ebrietate de către medicul care acordă primul ajutor.

Sînt frecvente traumatismele în stare de ebrietate. Cifrele obţinute de noi la unităţile studiate le considerăm mici datorită deficitului de evidenţă arătat mai sus.

Numărul cirozelor (postalcoolism) constituie un indicator foarte important al răspîndirii alcoolismului pe teritoriul geografic studiat. Investigaţiile noastre confirmă datele din literatură universală care subliniază că frecvenţa cirozelor hepatice creşte acolo unde se consumă băuturi alcolice mai impure, mai puţin distilate. Aşa este cazul la comuna Săcuieni unde se consumă diferite vinuri obţinute prin diverse procedee artificiale. La nivelul circumscripţiei Săcuieni sînt în evidenţă 11 ciroze postalcoolice.

8,50% din copii internaţi în Leagănul de copii Oradea provin din familiile în care unul. sau ambii părinţi sînt etilici.

Foarte multe persoane alcoolice nu sînt luate în evidență, întrucît nu au solicitat benevol sau nu au fost obligate pe baza decretului nr. 12/65 să facă cura de dezalcoolizare. Cifrele estimate obținute de la obiectivele studiate sînt mult superioare celor din evidența dispensarelor medicale. Este necesară o îmbunătățire a evidenței și o cooperare mai strînsă între organele competente (rețeaua sanitară, locul de muncă, familie, organele de miliție).

În ceea ce privește volumul mediu estimat al producției individuale de alcool pe o familie, în comuna Săcuieni numărul litrilor de băuturi alcoolice pe o familie se cifrează la o medie anuală de 250 litri vin și 10 litri țuică, iar la Vașcău 10 litri vin și 20 litri țuică. La acest consum de alcool mai trebuie adăugat o cantitate destul de apreciabilă de alte băuturi alcoolice care se prepară în gospodăria personală (lichior, vișinată, afinată etc).

La nivel de întreprindere, numărul estimativ al persoanelor alcoolice este de aproximativ 5% din numărul angajaților (bărbați). Dintre aceștia 1—2% ridică probleme din punct de vedere medical. Pentru anumite persoane, dintre cei ce consumă alcool aproape zilnic există o toleranță din partea conducerii întreprinderilor, aceștia fiind uneori buni specialiști. Ca măsură preventivă din partea conducerii întreprinderilor s-a interzis sărbătorirea zilelor onomastice sau altor evenimente, care sînt însoțite de alcool.

Numărul internărilor în spital cu alcoolism cronic a crescut an de an. Dacă în anul 1969 au fost internați un număr de 511 bolnavi cu alcoolism cronic. în anul 1979 este de 750. Crește simțitor numărul complicațiilor psihice cauzate de alcool (delirium tremens, psihozele alcoolice, deteriorările (alcoolice) intelectuale.

Un procent important (75%) din crimele săvîrșite în județul Bihor au fost efectuate în urma consumului de alcool sau au avut tangențe cu acesta.

Asupra celor semnalate mai sus, subliniem faptul că alcoolismul a ajuns să fie considerat astăzi ca a patra problemă de sănătate publică, el afectînd indirect prin perturbarea relațiilor sociale un număr de 6—7 ori mai mare de persoane decît cel al bolnavilor.

Problema combaterii consumului de alcool trebuie să înceapă cu aspectele ce favorizează consumul. Trebuie acționat energic prin măsuri ample de igienă socială, de identificare și limitare a factorilor favorizanți pentru starea de boală, medicina socială trebuie să acționeze asupra lor pentru a asigura o bună stare de sănătate a întregii populații. Măsurile de ordin sanitar, constatările efectuate, trebuie susținute prin ample măsuri de ordin social — de educarea publicului, propagandă antialcoolică cît și măsuri de ordin economic, care să cuprindă limitarea producției de alcool și a unităților de desfacere. Putem afirma că în municipiul Oradea au fost luate măsuri de mare importanță prin desființarea progresivă a unui număr însemnat de bufete și transformarea lor în unități de alimentație publică cu alt profil (cofetării, patiserii etc), ceea ce a contribuit mult la igienizarea orașului și sperăm că această acțiune va fi continuată.

Se impune înființarea unui centru județean de combatere a alcoolismului care să cuprindă pe lîngă medicii de specialitate și psihologi, juriști, membri ai comisiei de femei, deputați etc.

Stimularea vînzării băuturilor nealcoolice, a răcoritoarelor, prin devrsificarea gamei acestora.

Alături de acestea este necesar a se lua o serie de măsuri de ordin sanitar : — colaborarea mai strînsă a medicilor psihiatri cu dispensarele de circumscripție și de întreprindere în problema luării în evidență a alcoolicilor și control periodic al acestora, evoluției ; — cazurile de alcoolism cronic care nu se remit după 2—3 internări în care a făcut tratament de dezalcoolizare să fie internate pe baza Decretului 12 în unități ergoterapeutice special amenajate unde să beneficieze de tratament și supraveghere medicală pe o perioadă de cel puțin 6 luni de zile ;

— depistarea activă, precoce, a persoanelor cu tendințe la alcoolism, în special în rîndurile tineretului ;

— în cadrul brigăzilor științifice, organizate de Comitetul județean de cultură și artă, să fie cuprinși medici psihiatri și psihologi care să abordeze aspecte ale alcoolismului în rîndul maselor ;

— la nivel de întreprinderi, instituții, cinematografe să fie proiectate filme și diafilme de combatere a toxicelor ; popularizarea mai intensă a efectelor nocive ale acestora prin intermediul mass-mediei.

A collective made up by psychatrists, psychologist and medical assistants effectuated a study regarding alcoholism (A) and some of its medico-social aspects from the District of Bihor, in 1978—1979.

Ressearch was carried on in 4 health (sanitary) divisions, an enterprise and an orphanage.

Analizing the obtained data our conclusions are the following.

1) The member of persons suffering of chronic alcoholism (C.A.) is in encrease in the District of Bihor.

The member of hospitalizations in C.A. encreased year by year : 50% of children housed in the orphanage from Oradea come from families in which, at least, one of the parents is alcoholic.

2) Sanitary education regarding prevention and combat of A. is not properly organized in urban territories and somewhot better in rural territories.

3) Defficiences are to be noted in the recording and the evidence of C.A. The real member of A. is superior to that from evidences.

4) An encrease of the member of psychical complications was recorded, caused by alcohol (D. tr., alcoholic psychosis, intellectual regradation.

5) A. produces important economic prejudices.

6) The anti-social manifestation under alcohol influence are freqvent. Approximately 75% ont of total crime in Bihor in the last 2 years, were done as a result of drinking or had tangency with it.

7) A more close collaboration is needed among factors like : sanitary system, family, emplayment, the bodies of Milicia regarding the medico-social aspects of A.

8) The authors plead for a complex of measure, sanitary and economic due to prevent A.

9) In the last pears, in the town of Oradea. important measures were taken regarding the hygiene of the town: suppression of refreshment rooms and their transformation into other forms of public alimentation.—

RELAȚII DINTRE DATE EPIDEMIOLOGICE PRIVIND ALCOOLISMUL CRONIC ÎN TERITORIU

R. N. Priboi, P. Mihăescu, I. Popa, Irina Matache, Viorica Băleanu,
Sofia Savin
— Galați

Cu toate că lipsa unității criteriilor nosologice și de raportare nu permite consemnărilor epidemiologice să reflecte morbiditatea reală a alcoolismului, acesta se constituie „cea de a IV-a problemă de sănătate publică" după bolile cardiovasculare, mintale și cancer. Pentru a sublinia oportunitatea măsurilor profilactice ce se impun, O.M.S. enumeră între problemele asociate : mortalitate crescută (frecvent, prin decompensarea cirozei hepatice), element de risc în accidentele de circulație, consecințele economice și comportamentul antisocial.

Fără ca datele epidemiologice din teritoriu (perioada 1976—1979) să reflecte valori deosebit de ridicate, Laboratorul de sănătate mintală — adulți Galați analizează problematica în perspectiva sesizării unor elemente susceptibile de a facilita concretizarea atitudinii profilactice.

Valorile medii ale adresabalității de ambulator (2,2% pentru municipiul de reședință și 3,4% pentru celelalte localități ale județului), precum și valorile medii ale internărilor în secția psihiatrie-acuți (17,2% alcoolofilie/habitat urban. 1,7% alcoolomanie/habitat urban și 18,4% alcoolofilie/habitat rural, 2,9% alcoolomanie/habitat rural) ar sugera caracterul crescut de complexitate a contextului epidemiologic la nivelul celui de al doilea habitat.

Considerînd ca unitate statistică internarea, grupele de vîrstă predominante sînt constituite, pentru habitatul urban de intervalele 40—49 ani (bărbați) și 30—39 ani (femei), în timp ce habitatul rural înregistrează maximum-ul, pentru ambele grupe de sexe, în intervalul 40—49 ani. Coincidenței cronologice de maximum al frecvenței decompensărilor îi corespunde și similitudinea caracterului practicării : majoritatea componentelor lotului feminin aparținînd habitatului rural, ca de altfel și a componenților lotului masculin, preferă consumul în anturaj și dezvoltă aspectul clinic „delta", în timp ce între pacientele aparținînd habitatului urban apare mai frecvent consumul solitar, de aspect clinic „gamma".

Evaluarea statistică (habitat urban) avînd ca unitate cazul (internat de una sau mai multe ori în intervalul vizat) confirmă participarea preponderentă a grupei de vîrstă 30—39 ani pentru grupul feminin și. respectiv, 40—49 ani pentru grupul masculin.

Frecvența medie a numărului de internări/subiect în intervalul 1976—1979 se cifrează în jurul valorii de 1,5/municipiul de reședință și 1,3/celelalte localități ale județului ; de această dată, situația relevă un caracter de participare ridicată a habitatului urban la contextul epidemiologic. Ponderea subiecților cu o singură internare este susținută de 70,5% din cazuri / municipiul de reședință și 76,1 / celelalte localități ale județului.

Subiecții cu un număr de 5, sau mai multe internări în intervalul 1976—1979 totalizează, pentru cele două habitate,proporțiile de 2% și respectiv, 0,7% ; devenind obiectul investigațiilor de teren, grupul relevă toleranță crescută la etanol (exprimînd preferința pentru băuturi distilate : 76% — bărbați și 100% — femei), precum și frecvență ridicată a alterării planului funcțional la nivelul microgrupurilor continente : masculin — în 94% din cazuri, afectarea relațiilor de microgrup familial și în 82% din cazuri, a celor de microgrup profesional și vicinal ; feminin — în 100% din cazuri, afectarea planului funcțional al celor trei microgrupuri ; totodată, subiecții lotului masculin acceptă într-o proporție mai redusă (30%) oportunitatea asistării medicale, în timp ce femeile afirmă necesitatea instituirii unui tratament în proporție de 33%.

Grupul cu internări multiple confirmă, și el, prin procentajele realizate, preponderența grupelor de vîrstă 30—39 ani (100%) — lot feminin și 40—49 ani (44%) — lot masculin.

Prin diferențierile sesizate, datele clinico-statistice invită, așadar, inclusiv în planul profilaxiei, la considerarea principiului adecvării atitudinale în abordarea contextului epidemiologic de habitat, microgrup, categorii de sex și vîrstă.

After presenting clinical-statistical data regarding the chronic alcoholism within the teritory, the authors' conclusions invite to take into the consideration the principle of the adequation of the prophylactic attitude in approaching the epidemiological context of habitat, groups of sex and age.

COLABORAREA DINTRE LABORATORUL DE SĂNĂTATE MINTALĂ ŞI SERVICIUL CIRCULAŢIEI ÎN VEDEREA REDUCERII IMPLICAŢIILOR NEGATIVE ALE CONSUMULUI DE ALCOOL LA CONDUCĂTORII AUTO

I. Turcu, G. Zichil, V. Chiriţă, Gabriela Marinescu
— *Bacău*

Alcoolismul este o problemă cu care se confruntă umanitatea de secole, implicînd atît biologicul cît şi psihologicul şi socialul.

Este şi normal ca această problemă să constituie o preocupare de sănătate mintală.

Laboratorul de sănătate mintală (L.S.M.) ca formă legal organizată, trebuie să se bucure permanent de sprijinul celorlalte forme instituţionale în promovarea şi apărarea sănătăţii mintale în general, în lupta contra consumului excesiv de alcool în special.

Iată de ce laboratorul de sănătate mintală şi serviciul de circulaţie din judeţul Bacău, au luat iniţiativa de a examina complet medico-psihiatric şi psihologic pe toţi conducătorii auto cărora li s-a ridicat permisul pentru că s-au urcat la volan după ce consumaseră băuturi alcoolice. În acest fel laboratorul de sănătate mintală are prilejul să determine cu o mai mare exactitate aria de răspîndire a consumului de alcool atît pe zone, întreprinderi cît şi pe profesii, iar serviciul circulaţiei beneficiază prin înlăturarea conducătorilor auto, care devin mai mult sau mai puţin dependenţi de alcool, de reducerea numărului de accidente, de siguranţa circulaţiei pe drumurile publice.

Folosindu-ne de experienţa specialiştilor în domeniu printr-o permanentă colaborare psiholog, medic psihiatru am căutat să constituim un aşa-zis „PATTERN“ a celui care are obiceiul de a conduce autovehiculul după ce a băut, diferit de cel ce a fost surprins în această ipostază improprie atitudinii sale, accidentale deci, delimitînd astfel permanentul de întîmplător şi în ultimă instanţă uzul de abuz. De aceea este nevoie de un program pe termen lung care reclamă din partea ambelor servicii competenţă, sprijin reciproc şi promptitudine.

În cei peste doi ani de colaborare au trecut pe la sediul L.S.M. 479 de şoferi amatori sau profesionişti.

Din analiza structurii lotului investigat s-a ajuns la următoarele concluzii :

— Aproape 90% din totalul celor investigaţi au obţinut carnetul de şoferi şi lucrează în judeţul Bacău, şi numai 10,5% din alte judeţe. Altfel spus judeţul Bacău „contribuie“ la sporirea consumatorilor de alcool la volan în afara judeţului cu un procent relativ mic, „suportînd“ în cea mai mare parte el acest fenomen.

— În ceea ce priveşte vîrsta se constată că, în general, există o repartiţie constantă pe grupe de vîrstă crescînd în mod exploziv doar pe grupa de vîrstă 26—30 ani — apoi descrescînd la o constanţă, ce are o uşoară creştere după 40 ani. Explicăm această situaţie astfel : grupa de vîrstă 26—30 ani are în compoziţia sa peste 73,6% de necăsătoriţi şi presupune că statutul acestora, încă neclar, au o distribuţie nejudicioasă a bugetului de timp liber (anturajele acestora presupun şi consumul de alcool ca o habitudine). Pentru grupa de vîrstă de peste 40 ani se poate presupune că aceştia s-au obişnuit cu consumul de alcool, avînd în acest fel o oarecare dependenţă.

— Pe grupe de şoferi amatori sau profesionişti am avut o distribuţie net favorabilă celor din urmă — 69,5%.

— Pe instituţii se observă că majoritatea 36,8% provin din SUT Bacău, 18,3% de la ITA şi restul din agricultură, cooperaţie, servicii publice etc.

Investigaţia efectuată în cadrul LSM s-a făcut minuţios de medicul psihiatru şi psiholog şi a căutat să surprindă semnele distinctive, ce fac trecerea spre alcoolomanie, prin măsurători obiective ale parametrilor psihici, cognitivi şi de personalitate.

Investigaţia psihologică a vizat 2 aspecte esenţiale, cele care ţin de capacitatea generală de a conduce auto (valoarea proceselor cognitive, aptitudine tehnică) şi investigarea personalităţii ca o coordonată majoră a conduitei şoferului.

In unele situaţii a fost necesară şi ancheta socială după modelul folosit de LSM Bacău, în studiile sale epidemiologice. Prospectarea nivelului cognitiv a conducătorilor auto a fost făcută prin investigarea atenţiei, memoriei şi a capacităţii de a acţiona just, rapid şi adecvat la stimul.

Astfel numai 23,6% au avut valori superioare, iar 14,3% au prezentat chiar deficit prosexic. Deci sub aspectul prosexiei acest din urmă procentaj ne-a indicat probabilitatea unei dependenţe alcoolice.

Investigaţia memoriei vizuale şi auditive demonstrează că şi acest proces psihic suferă unele modificări aşa cum a descris JELLINECK BORTHOFFER, însă tehnicele folosite de noi nu au decelat aspectele specifice ale memoriei întîlnite la consumatorul de alcool ca „BLACK-OUTO-UL“, sau „PALIMSETUL ALCOOLIC“ lui BONHOFFER.

În ceea ce priveşte capacitatea de a acţiona just, rapid şi prompt la stimul, capacitate ce presupune o bună corectare a gîndirii, memoriei şi atenţiei. am găsit un procent de 18,5% care au rezolvat defectuos această sarcină şi 14,3% la un nivel superior.

Investigaţia aptitudinei tehnice a demonstrat că numai 3,5% nu aveau aptitudini suficiente pentru a conduce un autovehicul.

Investigaţia psihologică a personalităţii a urmărit ceea ce literatura de specialitate de la noi şi de pretutindeni a subliniat ca fiind modificări proprii personalităţii alcoolomanului.

Astfel 13,6% din subiecţi au structuri hiperemotive, susținute și legate de anchete sociale și anamneză, ceea ce presupune că aceștia au consumat alcool corespunzător modelului ALFA — „ALCOOLISMUL NEVROTIC“ a lui JELLINECK, alcoolul fiind folosit ca un tranchilizant în situațiilor stressante (ancheta socială și anamneza relevă faptul că ei nu beau de obicei, decît atunci cînd „sînt nervos“ și-l iau ca un întăritor, însă în cantități mici“).

Tandemul iritabilitate — impulsivitate este prezent la 17,5% din investigați. iar stabilitatea indispoziției timice cu fazele de depresie la un procent de 16,8%. Subliniem de asemenea ca o constantă, în sensul că indiferent că subiecții aveau sau nu, una din tendințele de mai sus, prezența anxietății într-o gradualitate diferită. Astfel 22,7% aveau încărcătură accentuată de anxietate, iar 38,5% o încărcătură mai slabă — deci peste 61%. Aceasta corespunde și descrierii lui HENRY EY care presupune că „tulburările activității și caracterului par a se repune în final pe un fond de anxietate, care se manifestă în timpul zilei (polul matinal al angoasei)... și sfîrșitul zilei (polul superior al angoasei) și încă mai frecvente noaptea în faza hipnotică“.

Informația psihologică s-a dovedit deosebit de utilă, medicul psihiatru care a corelat aceste date cu examenul clinic și semnele neurologice ale individului — situațiile cazuri — care se apropiau de o fenomenologie ce indică o dependență alcoolică, intrau în activitatea terapeutică efectuată de psihiatru în mod ambulator sau, atunci cînd se impunea în secția de psihiatrie. Astfel la un procent de 14,6% de conducători auto consumatori de alcool a fost necesar tratamentul de specialitate.

Pentru formele de alcolism fără implicații ale funcțiilor de cunoaștere s-a folosit tratamentul ambulator vitaminizant. tonic general și tranchilizant minor. În cazurile în care a fost necesară internarea în secția psihiatrie, pe lîngă tratamentul tonic general și vitaminizant de reechilibrare metabolică, s-a procedat și la stabilirea reflexului condiționat la antalcol.

După acest tratament au fost investigați din nou, psihologic și psihiatrie și s-a constatat, la majoritatea, o creștere simțtioare a randamentului, ceea ce ne face să credem că aceștia au suferit o diminuare a capacității lor în urma unui consum de alcool insuficient controlat.

Prezența unor astfel de situații demonstrează necesitatea unei atari conduite și responsabilități, ce angajează aceste două instituții — LSM și Serviciul Circulației din cadrul Inspectoratului județean Bacău.

The prezent work spnthesizes the results of the fruitful collaboration between the laboratory of mental health and the traffic service of Bacău, district police within a two years period, aiming, on the one hand at the knowledge of the psychological features of car drivers detected while driving after having drunk alcohol, and on the other hand at the marking up of the adequate measures programme that will remove the alcohol comsumation while driving, and thus it will remove, accidents on the publicroads.

The actions of the two complementary services such as the presnt work demonstrates — implies a huge social responsability, competence and especially mental assistance within a long time.

IMPORTANȚA TESTĂRII PSIHOLOGICE PERIODICE A CONDUCĂTORILOR AUTO CU TENDINȚE ALCOOLOFILICE

V. Hrimiuc, R. Chiriac, M. Șelaru
— *Iași*

Deși numărul consumatorilor ocazionali de băuturi alcoolice este foarte răspîndit, datele epidemiologice arată că, doar un număr restrîns devin alcoolodependenți. Conducătorul auto de care depinde siguranța circulației rutiere, presupune un subiect cu o personalitate echilibrată și trebuie privit ca un element funcțional structurat într-un sistem complex de tipul om-mașină-stradă, adaptat la condițiile specifice de muncă.

Adaptarea poate fi realizată prin multiple forme din care cele mai caracteristice sînt : selecția, orientarea și formarea profesională.

Ținînd cont că alcoolofilia se dezvoltă la personalități instabile cu o fragilitate a construcției psihice fapt care îl face să devină vulnerabil la factorii stressanți determinați de condițiile circulației rutiere, cu toate investigațiile psihologice privind selecția viitorului conducător auto, totuși anumite particularități temperamentale și caracteriale scapă examenului psihologic la încadrare.

Interdicția legiferată de a consuma băuturi alcoolice a omului de la volan, factorii stressanți determinați de neprevăzutul traficului rutier, instabilitatea psihologică sînt elemente favorizante pentru conducătorii auto de a recurge la consumul de băuturi alcoolice, la ieșirea din cursă.

Examenele complexe efectuate cu ani în urmă, la autobazele din Iași, Bîrlad și Hîrlău, la conducătorii auto dimineața în momentul plecării în cursă au evidențiat că 45% din ei consumaseră cu o seară înainte băuturi alcoolice pînă la starea de ebrietate, iar somnul era insuficient de maximum 4—6 ore.

La 28% din cazuri consumul de băuturi alcoolice după ieșirea din cursă devenise obișnuință, cu motivații puerile, axate pe factorii stressanți ai circulației rutiere. Aceste obișnuințe sînt în pragul alcoolofiliei evidențiază o anumită mentalitate, dar și o anumită structură a personalității care s-a evidențiat numai în aceste condiții de activitate în cadrul sistemului din care face parte și nu au putut fi depistați la examenele psihologice efectuate la încadrare.

Pînă la un punct putem considera că pentru unii conducători auto activitatea rutieră poate constitui un factor stressant dar acest fenomen nu poate fi analizat simplist fără a ţine seama de structura personalităţii —a temperamentului şi caracterului — cît şi de mentalitatea, microgrupului din care face parte, care-l poate antrena sau din contra îl poate educa.

Este adevărat că psihologia omului de la volan ridică uneori probleme deosebite mai ales la anumite personalităţi, chiar în afara consumului de băuturi alcoolice (conducere impulsivă, tendinţă de dominare şi bravadă etc.), fenomene cu atît mai evidente la conducătorii auto cu tendinţe alcoolofilice.

Această problematică trebuie privită şi din alt unghi de vedere adică a regimului de viaţă care trebuie să-l ducă profesionistul privind odihna, alimentaţia şi microclimatul familial.

Cele 28% din cazurile examinate de noi, dimineaţa la plecare în cursă şi care cu o seară înainte consumaseră băuturi alcoolice, erau obosiţi fizic şi psihic.

Psihofiziologia şi farmacodinamia etanolului evidenţiază că acesta se absoarbe în funcţie de numeroşi factori între 2 şi 6 ore de la ingerare, iar toleranţa are variaţii individuale determinate şi de stare funcţională (metabolică) a sistemului nervos în momentul respectiv. Chiar şi în cazul unui consum moderat de băuturi alcoolice probele ergografice indică apariţia oboselei musculare, comparativ cu proba fără alcool.

Percepţia vizuală, orientarea spaţială, concentrarea şi distribuirea atenţiei, siguranţa reacţiilor, psihomotricitatea, adaptabilitatea analizorului vizual, rapiditatea şi capacitatea de prelucrare a informaţiilor sînt de multe ori modificate la această categorie de conducători auto profesionişti care au consumat cu o seară înainte cantităţi apreciabile de băuturi alcoolice, au avut somnul insuficient ca durată, cu atît mai mult cu cît acest fenomen la ei a devenit aproape o obişnuinţă.

Depistarea acestor cazuri presupune o intervenţie activă în microgrupul profesional prin anchete bio-psiho-sociale şi în special prin opinia care o au unii despre alţii.

Investigaţia psihologică care se face în prezent la încadrare, cît şi acelora care au avut abateri de la regulile de circulaţie (accidente), nu poate depista şi selecta aceste cazuri, care de fapt reprezintă un potenţial de risc rutier mai ales în condiţiile creşterii atît a traficului cît şi a responsabilităţii individuale.

Depistarea activă la nivelul locului de muncă a acestor cazuri, investigarea lor psihologică periodică, reabilitarea lor prin măsuri educative şi a creşterii simţului responsabilităţii, iar, în unele cazuri, schimbarea acestei activităţi pe o perioadă limitată, pot constitui o parte din măsurile profilactice privind siguranţa circulaţiei rutere, preîntîmpinarea accidentelor, şi nu aşteptarea pasivă ca ele să se producă pentru a fi depistate.

ASPECTE EPIDEMIOLOGICE ÎN URGENŢELE PSIHIATRICE LA ALCOOLICI

Lidia Nica-Udangiu, P. Cortez, Marilena Luiza Sărmăşan-Cortez, T. Lohan, St. Nica
— *Bucureşti*

Studiul urgenţelor psihiatrice este de o deosebită actualitate şi de o mare importanţă pentru asigurarea unei asistenţe corecte a bolnavilor psihici. Tratamentul competent şi eficient al urgenţelor medicale este considerat astăzi unul din obiectivele majore ale activităţii de asistenţă medicală, iar urgenţele psihiatrice constituie o problemă prioritară de sănătate publică, simţindu-se o nevoie crescîndă de personal calificat, capabil de a recunoaşte, evalua şi trata bolnavii psihici „în criză". În organizarea asistenţei psihiatrice studiile epidemiologice au o valoare practică evidentă, permiţînd o perfecţionare a mijloacelor de planificare o programare şi o împărţire mai judicioasă a forţelor materiale şi umane.

Problema alcoolismului este considerată ca a patra problemă de sănătate publică (după bolile cardiovasculare, bolile psihice şi cancer), interesînd în acelaşi timp pe medici, psihologi, sociologi, jurişti, economişti, etc. Se apreciază că alcoolismul este implicat în producerea sau agravarea tulburărilor psihice la, o treime din bolnavii spitalelor de psihiatrie.

Deşi în ultimii 50 de ani s-au acumulat un număr mare de lucrări, datele de epidemiologie psihiatrică diferă încă de la un studiu sau altul, deoarece, pe de o parte, nu există un acord unanim în definirea „cazurilor" şi, pe de altă parte, metodele folosite, sursele din care se obţin şi modul de tratare statistică a acestor date sînt şi ele extrem de diferite.

Alcoolismul este înregistrat de 5 ori mai frecvent la bărbaţi (la sexul feminin frecvenţa alcoolisumului este în mod real mai redusă, însă la diferenţă foarte mare dintre cel două sexe contribuie şi nedeclararea consumului de alcool în cazul femeilor din motive etico-psihologice). Incidenţa alcoolismului la bărbaţi a fost apreciată (de Arentser, 1960), a fi de 156 la 100 000 de locuitori (0,153%), iar riscul de a deveni alcoolic (expectanţa) a fose estimat 6,51% la bărbaţi şi 0,42% la femei (Helgason, 1964).

Alcoolismul este, de obicei, combinat cu alte diagnostice psihiatrice. Din 103 alcoolici bărbaţi, Helgason a întîlnit 54 cazuri cu personalităţi psihopatice, 20 cazuri cu nevroză, 14 cazuri cu psihoză (psihoze nonalcoolice), 7 cazuri cu intelect subnormal, 2 cazuri cu alte sindroame organice şi 6 cazuri cu tulburări psihice nespecificate.

Așa cum subliniază și Brânzei și colab. (1977), încă de la începuturile psihiatriei științifice, statisticile din spitalele de specalitate au constituit sursa cea mai importantă privind realitățile referitoare la afecțiunile psihice și la sănătatea mentală a unei anumite colectivități. Deși influența unor factori (modalitățile de înregistrare și păstrare a datelor, distanța față de spital a membrilor colectivității, numărul specialiștilor, numărul paturilor, calitatea serviciilor medicale acordate, legislația după care se fac internările și externările etc.) face dificilă acceptarea prevalenței și incidenței bolilor psihice numai după datele statistice din spital, totuși, avînd în vedere costul foarte ridicat al studiilor epidemiologice active prin depistarea pe teren a cazurilor, aceste studii pasive au rămas ca o necesitate. Experții OMS (1960), subliniind utilitatea informațiilor din spitale pentru cercetare au arătat că „erorile cele mai grave pot fi corectate prin diverse mijloace". În cazul urgențelor psihiatrice studiile epidemiologice pasive sînt suficiente, datele obținute apropiindu-se de cele care s-ar obține prin alte mijloace (deoarece noțiunea de urgență presupune, de obicei, și internarea în spital).

În lucrarea noastră vom prezenta pe scurt cîteva date obținute din analiza registrelor Camerei de gardă-psihiatrie a Spitalului Gh. Marinescu din anul 1977 (în acest an populația Bucureștiului era de 1 934 025 locuitori).

În anul 1977 au fost efectuate la Camera de gardă-psihiatrie adulți a Spitalului Gh. Marinescu un număr de 36 894 de consultații, dintre care 13 883 bărbați (37,59%) și 33 011 femei (62,41%). Într-o zi frecvența medie a fost de 101 cazuri, dintre care 38 bărbați și 63 femei. Din totalul de 36 884 de examinări anuale 24 420 au fost realizate dimineața de la 7,30 la 12,30 și 8 474 (adică 22,96%) după-amiază și noaptea. Din cazurile prezentate și consultate (36 894) au fost efectuate 22 651 internări, adică 61,39%.

Din totalul de 36 894 consultații s-au înregistrat 1 642 bolnavi cu tulburări psihice determinate de alcoolism (4,45%). Subliniem însă că numărul cazurilor cu alcoolism a fost mai mare, dar o parte din cazuri au fost înregistrați la alte grupe diagnostice. Tabelul nr. 1 sintetizează repartizarea consultațiilor pe grupe diagnostice.

Tabelul nr. 1

Distribuția cazurilor consultate la Camera de gardă-psihiatrie adulți a Spitalului Gh. Marinescu pe grupe diagnostice (1977)

Grupa diagnostică	Nr. cazuri	%
Alcolism	1 642	4,45
Psihoze (non alcoolice)	7 374	19,98
Nevroze	18 534	50,23
Psihopatii	4 831	13,07
Epilepsie	843	2,28
Demențe4	165	0,44
Oligofrenii	355	0,96
Alte diagnostice sau diagnostic neprecizat	3 160	8,55
TOTAL	36 894	100

În grupa alcoolismului am considerat urgențe psihiatrice stările de delirium și predelirium tremens, pe de o parte, și, pe de altă parte, alte cazuri de alcoolism cu agitație psihomotorie.

Din cele 36 894 consultații un număr de 9 122 cazuri (adică 44.72%) au fost etichetate ca urgențe psihiatrice (deci un sfert din numărul total de consultații). În grupa acestor urgențe psihiatrice am întîlnit 330 cazuri de predelirium și delirium tremens (3,61%) și alte 397 cazuri de alcoolism cu agitație psihomotorie (4,35%). În tabelul nr. 2 se poate urmări ponderea principalelor tipuri de urgențe psihiatrice și prevalența acestora în populația urbană (prin raportarea cazurilor de urgență la populația capitalei).

Tabelul nr. 2

Prevalența principalelor tipuri de urgențe psihiatrice în populația urbană și ponderea acestora în cadrul morbidității psihiatrice de urgență

Tipul urgenței	Nr.	Prevalența %	Ponderea %
Predelirium și delirium tremens	330	0,023	3,61
Alte cazuri de alcoolism cu agitație psihomotorie	387	0,027	4,35
Schizofrenii	2 754	0,163	30,16
Psihoze afective	1 469	0,103	16,10
Psihoze legate de maternitate	46	0,003	0,50
Alte psihoze (organice, reactive)	828	0,058	9,07
Stări confuzionale	304	0,021	3,33
Stări de agitație fără precizarea diagnosticului	1 144	0,080	12,54
Demență cu agitație psihomotorie	165	0,011	1,80
Oligofrenii cu agitație și cu alte tulburări de comportament	160	0,011	1,75
Epilepsii cu tulburări psihice	403	0,028	4,41
Nevroze și psihopatii grave	1 122	0,077	12,39
TOTAL	9 122	0,641	100

În anul 1977 au fost aduși cu Salvarea la Camera de gardă-psihiatrie un număr de 4 988 de bolnavi (13,51% din totalul cazurilor înregistrate la Camera de gardă). Dintre aceștia 627 au fost cazuri de alcoolism (12,57% din totalul cazurilor aduse de formațiunile Stației de Salvare).

În zilele de duminică ale anului 1977 au fost consultați la Camera de gardă 1 023 bolnavi, dintre care 96 cazuri cu alcoolism (9,38% din totalul cazurilor de consultații duminicale).

Din 1 225 cazuri înregistrate la Camera de gardă-psihiatrie de bolnavi psihici în vîrstă de peste 65 ani un număr de 28 au fost etichetați ca alcoolici (2,28% din cazurile de bolnavi vîrstnici).

Deși, pînă în prezent, nu s-a ajuns la o definiție a „cazului de alcoolism" care să fie acceptată de toți cercetătorii, studiile epidemiologice constituie o necesitate, deoarece există aspecte particulare, diferite de la o populaţie la alta, fiecare ţară şi chiar fiecare organ local de sănătate publică are datoria să-şi cunoască situaţia epidemiologică sub toate aspectele. În lipsa studiilor epidemiologice „orice program de sănătate rămîne nefundamentat şi, foarte probabil, lipsit de eficacitate, iar profilaxia numai o dorinţă“ (D. Enăchescu, 1974). Studiul nostru va trebui să fie aprofundat prin alte studii în vederea elaborării unor programe de profilaxie. Nu este suficient pentru noi să ştim că în SUA există peste 9 milioane de alcoolici, că alcoolismul este în această ţară implicat anual în producerea a 35 000 accidente de circulaţie, 15 000 de omucideri şi sinucideri, 20 000 de decese prin boli produse de consumul exagerat de alcool. (Chafetz, 1976).

The authors present a few epidemiologic aspects in psychiatric alcoholic emergencies based on the statistics provided by the Consultation Room of the „Gh. Marinescu“ Hospital, in 1977. From an annual total number of 26,894 examined patients, 1 642 displayed psychic disorders induced by alcoholism (4.45%). The group of psychiatric emergencies (9 122 cases) included 330 cases of predelirium and delirium tremens (3.61%) and 397 other cases of alcoholism with psychomotor agitation (4.35%); these figures correspond to a prevalence of 0.023% and 0.027%, respectively.

ALCOOLISMUL JUVENIL

Viorica Dobre, Lucia Alexa

— *Iaşi*

Alcoolismul, ca o plagă socială cuprinde oameni de diferite vîrste şi ocupaţii, mai echilibraţi sau mai puţin echilibraţi psihic, distrugînd treptat personalitatea, voinţa, situaţia socială şi familială. Intoxicaţia cronică cu alcool aduce după sine ruina fizică şi intelectuală a individului şi influenţează într-o măsură mai mare sau mai mică potenţialul biologic al întregii societăţi.

Alcoolismul este cu atît mai grav cu cît debutează la vîrste mai mici, alcoolul producînd o stare de intoxicare a organismului, cu preponderenţă a sistemului nervos central, care după consum abuziv şi de durată duce la modificări ale personalităţii la degradare şi decompensare psihică. Pe lîngă tulburările care le produce la nivelul tuturor sistemelor şi aparatelor (vascular, digestiv, genital) alcoolul are influenţă negativă şi asupra descendenţilor.

La tineri alcoolismul trebuie privit ca „o perioadă de incubaţie“, ca „o fază latentă“ a alcoolismului adultului, cu manifestări puţin spectaculare şi alarmante, dar, care, poate evolua în cele mai diferite moduri dacă nu se acţionează la timp depinzînd totul de mediul ambiental în care se dezvoltă individul (social, profesional şi familial).

Studii epidemiologice privind alcoolismul cît şi investigarea factorilor sociali, culturali şi economici, alături de cunoaşterea procesului formativ al personalităţii, reliefează complexitatea şi vastitatea problematicii alcoolismului în lumea contemporană.

Un prim fapt demn de menţionat, este cel privind depistarea precoce a acestor cazuri, înainte ca impregnarea să marcheze semnificativ şi adesea ireversibil personalităţii bolnavului.

Acest aspect poate fi rezolvat la noi, prin studii populaţionale efectuate mai ales în colectivităţi de tineret (fabrici, ateliere, instituţii, şcoli) privind starea de sănătate a acestora, insistînd îndeosebi asupra unor factori de risc aterosclerotic, aşa cum ar fi consumul de alcool, tutun, cafea etc. Subliniem că o asemenea cercetare — veritabilă profilaxie primară a alcoolismului — nu numai că descoperă formele incipiente de alcoolism, dar surprinde şi factorii de mediu fizic, psihologic şi social, care la o analiză complexă ar putea furniza lămuriri şi apoi soluţii de ameliorare sau chiar de eradicare a alcoolismului în colectivitatea respectivă.

Consumul de alcool la tineret a devenit mai frecvent în ultima perioadă şi relevă unele particularitqţi demne de consemnat, atestînd de fapt imaturitatea acestor persoane sau intervenţia unor factori socio-familiali generatori sau adjuvanţi ai acestor situaţii.

Adolescenţa este de altfel perioada cea mai încercată a vieţii; înzestrat cu o personalitate cu totul nouă, îmbogăţită de cunoştinţele sale şcolare şi de recentele sale legături extrafamiliale, adolescentul crede că trebuie să cunoască toate feţele ascunse ale vieţii, dacă vrea să merite independenţa pe care şi-a cucerit-o.

Astfel spiritul de imitaţie oferă ocazii suficiente pentru unii tineri, fără experienţă de viaţă, să intre în companii dubioase şi să consume băuturi alcoolice la fel ca unele personaje din filme care adesea reprezintă „eroul demn de urmat“ sau „actorul preferat“.

Tinerii au adesea convingerea că relaţiile interumane, că prietenia se consolidează mai ales prin petreceri stropite din abundenţă cu băuturi alcoolice. Rezistenţa la consumul de mari şi concentrate cantităţi de alcool va fi după aceştia un test al virilităţii. Consumul ritmic de alcool reprezintă de asemenea pentru unii tineri modalitatea de a-şi dovedi maturitatea. Aceştia caută de obicei şi profită de numeroase ocazii (zile de naştere, reuşită la examen, etc.) pe care le sărbătoresc consumînd cantităţi mari de alcool, devenind astfel candidaţi la dependenţă pe nesimţite.

Alte situaţii în care tînărul recurge la acest drog este cazul copilului unic, răsfăţat şi nematurizat, care. atunci cînd ajunge într-un mediu viciat, profită, fără discernămînt, de această împrejurare ca o reacţie de protest faţă de educaţia primită, alcoolul servind în această situaţie, drept factor al emancipării.

Adolescenţii reprezintă o proporţie importantă din populaţie atît în ţările nedezvoltate cît şi în ţările tehnic avansate și aproape peste tot în lume crește rapid interesul pentru problemele de sănătate ale acestora.

Comportamentul adolescenților față de băuturile alcoolice influențează morbiditatea și mortalitatea, nu numai în această perioadă, ci în întreaga lor viață. Se știe că un consum de alcool important și prelungit este legat de diverse boli la adult printre care figurează ciroza hepatică, unele tumori, malnutriția cronică cu diminuarea rezistenței la infecție, leziuni cerebrale, etc.

În continuare vom încerca să conturăm tendința unui consum mai crescut de băuturi alcoolice printre unii adolescenți din orașul Iași. Studiul a fost efectuat pe 412 elevi ai unei școli cu profil tehnic, numai de sex masculin avînd vîrsta între 18—19 ani, toți provenind din mediul rural. Asupra acestui aspect ne-am informat cu ocazia unei anchete alimentare și asupra unor factori de risc aterosclerotici privind consumul de alcool, tutun, cafea, etc. În general am constatat că, un număr relativ scăzut de adolescenți (în jur de 5% din cei investigați), fac uz de băuturi alcoolice, în majoritate bere și vin și destul de rar (aproape accidental) de băuturi mai concentrate în alcool. În majoritatea cazurilor (90%) este vorba de un alcoolism familial, adolescenții provenind din familii cu un nivel socio-economic scăzut la care se asocia de asemenea o alimentație deficitară în copilărie și carență educativă. Acești adolescenți erau obișnuiți și chiar îndemnați de părinți, să consume băuturi alcoolice din perioada copilăriei, putîndu-se astfel nota la unii din ei, o ușoară întîrziere în dezvoltarea staturo-ponderală și chiar psihomotorie.

Statistica prezentată de noi pe un eșantion relativ redus de tineri reprezintă datele preliminare a unei anchete sociale mai ample privind această problemă pe care o desfășurăm în prezent. Considerăm că procentajul de 5% reprezintă o valoare relativ redusă comparativ cu statisticile raportate de alte țări pentru aceeași categorie de vîrstă sau chiar mai mici. Astfel, în Franța pe un eșantion de elevi din regiunea Bordeux. se arată că 10,5% din cei examinați prezentau alcoolemii decelabile.

După datele prezentate lupta contra acestui flagel este deci esențială. Mijloacele de profilaxie trebuie să se adreseze mai întîi tinerilor pe care noi îi vedem mai amenințați. Se știe că regulamentul școlar privind regimul alimentar al elevilor în colectivitățș (cantine) nu permite nici o băutură alcoolică și interzice de asemenea adolescenților de a aduce și consuma băuturi alcoolice în cantină.

Trebuie deci de trecut la cunoașterea mai aprofundată a cauzelor alcoolismului la tineri la prevenirea și la tratarea acestora. Acțiunea educativă a tinerilor nu trebuie limitată numai în cadrul școlii, la profesori ca permanenți dascăli și educatori ci trebuie făcută și de personalul medical din școală, care să se preocupe permanent de educația elevilor și în acest sens.

Impotriva consumului de băuturi alcoolice trebuiesc luate și măsuri legislative, reglementări privind fabricarea, vinderea și circulația acestora.

Combaterea eficientă a alcoolismului poate fi făcută numai prin creșterea nivelului cultural și sanitar al tineretului, prin educarea lui susținută în școli, familie și societate.

The authors present several aspects, regarding alcoholism in youth, and point out the possibilities of struggling against it. Though alcoholic drinks taking is relatively low with youth and school children (5%) measures are necessary to take, in order to further increase the cultural and sanitary level of the youth, through a sustained education in schools, family and society.

EMBRIO-FETOPATIA ALCOOLICĂ

O. Pavel, V. Ghiran, Erika Schultz. D. Muschevici, Ileana Benga, Sempronia Filipoiu, I. Bogdănescu
— *Cluj-Napoca*

Efectele nocive asupra descendenților părinților consumatori de alcool (A) sînt consemnate încă din antichitate în texte de proveniență greco-romană și cartagineză. Mai mult. vechii evrei prescriau explicit abstinența gravidei de la „băuturi îmbătătoare“. Mult ulterior în Anglia, Camera Comunelor (1834) atrage atenția asupra riscului de a naște copii anormali, în cazul consumului de A. al gravidelor. Sullivan (1900), găsește o incidență crescută a avorturilor și feților morți la mame alcoolice.

Abordarea efectiv științifică a consecințelor consumului de A. în cursul sarcinii datează din 1968 cînd S. Sandor (Timișoara) publică rezultatele unui studiu experimental consemnînd anomalii ale feților proveniți de la femele cărora li s-a administrat A. în decursul sarcini. În același an Lemoine, dă, pe 127 de subiecți, o primă descriere de semioticii clinice a embrio-fetopatiei alcoolice (EFA).

Studiile intreprinse ulterior, printre alți autori de către Ulleland — 1972, citat de Jones și colab. — 1973 Saule — 1974 citat de Brierich — 1976, citat de Majewski în 1976, 1977, Rosanelli — 1977, Pierog — 1977. citat de Korányi în 1977, 1978 au dat o imagine mult mai completă a tabloului clinic al EFA. Véghelyi și colab. — 1978, 1980 au stabilit că nu A. etilic este responsabil de agresiunea EFA., ci creșterea acetaldehidei care poate atinge un nivel de cinci ori mai mare (normal crește pînă la 40 μM) față de abstinenti, la un consum egal de A. Creșterea acetaldehidei ar depinde de unele deficiențe, genetice sau dobîndite ale aldehiddehidrogenazei, ceea ce explică de ce nu toate gravidele consumatoare de A. nasc copii cu EFA. Nivelul ridicat al acetaldehidei implică sinteza ADN. şi înafară de citotoxicitate (limfociţi, fibroblaşti) are şi efecte mutagenteratogene cu precădere în săptămînile 4—6 de gestaţie. În determinarea EFA. se mai cumulează deficienţe alimentare, carenţe de tiamină, acid folic şi microelemente. Se pare că în determinarea EFA. concentraţia, sortimentul şi nici cantitatea băuturii alcoolice nu au semnificaţie (Majewski — 1980). Ultima afirmaţie este însă controversată. După Sergio Fabri, chiar şi 3 uncii de vin, zilnic, ar genera EFA. la gravidele care prezintă deficienţe enzimatice.

În unanimitate autorii consultaţi nu acordă semnificaţie alcoolismului patern în geneza EFA.

Semiotică clinică este foarte complexă şi ar cere un mare spaţiu pentru a fi prezentată detaliat. Dacă nu se instalează o simptomatologie gravă la nou născut (tremor, opstotonus, convulsii) şi nu se produce decesul (posibil şi antenatal) simptomatologia EFA. este similară cu cea întîlnită în microencefalopatiile infantile generate de alte insulturi. După Majewski Rosanelli, Judith Hall, Korányi şi alţii unele simptome par a fi mai frecvente : subponderabilitatea la naştere, retardarea psihomotorie, microcefalia relativă, dismorfiile cranio-faciale, buze subţiri, anomalii şi malformaţii ale degetelor ; deci, tulburări embriopatice şi fetopatice.

Diagnosticul este dificil la primii copii, dar cînd se naşte un copil cu semne mai pregnante, examenul fraţilor precedenţi relevă deseori şi la aceştia simptome de EFA. Al doilea element al diagnosticului este confirmarea de către mamă a consumului de A. în decursul sarcinii. Mai este necesar să se excludă intervenţia altor insulturi incriminante în geneza microleziunilor cerebrale.

Epidemiologie. Pînă în prezent au fost publicate peste 700 de cazuri. Lieber şi Olbrich, apreciază că în RDG. ar exista 5—6.000 de copii cu EFA. În SUA, unu la 2 000 de copii suferă de EFA. (Iudith Hall), iar în RPU. Korányi presupune că se nasc anual 5—600 de copii cu EFA. Saule, Jones evaluează la 50% această eventualitate la copiii mamelor alcoolice.

Colectivele disciplinelor de psihiatrie infantilă şi neurologie infantilă, întreprinzînd prima etapă a unui studiu epidemiologic al frecvenţei şi structurii afecţiunilor neuropsihice la copii şi corelaţiile lor cu factori socio-culturali, au depistat într-o localitate situată la 40 km de Cluj-Napoca, în anul 1978, un număr de 21 de cazuri (C.) cu simptome de EFA.

Este vorba despre o comună de munte, necooperativizată, situată la o altitudine de 725 m. Localitatea are 1.020 de locuitori şi se întinde pe o suprafaţă de 120 km², arie în care sînt cuprinse centrul de comună şi 10 cătune, aflate la distanţe de 3—14 km. Populaţia infantilă investigată a totalizat 341 de subiecţi, adică totalitatea tinerilor de, şi sub 18 ani, prezenţi în comună.

Metoda de cercetare a cuprins o fişă de date generale, examen obiectiv neurologic, psihiatric, somatic, psihologic şi un studiu detaliat al condiţiilor socio-culturale. În plus, pe baza unor chestionare (de tip Rutter) şi a testelor psihometrice s-a încercat evidennivelului de adaptare. Fiecare familie, avînd copii, a nuvelului de adaptare. Fiecare familie, avînd copii, a fost vizitată la domiciliu pentru a fi studiate condiţiile de viaţă, starea bio-medicală a membrilor familiei şi a examina antepreşcolarii.

Ca particularităţi generale ale populaţiei şi condiţiilor de trai ar fi de notat o alimentaţie puţin diversificată şi caloric relativ redusă (condiţiile pedoclimatice sînt improprii pentru majoritatea culturilor), un venit mediu lunar relativ modest. Există de asemeni o frecvenţă relativ ridicată a consumatorilor de alcool. Cheltuielile pentru achiziţionarea alcoolului reprezintă 5.000 lei pe an şi familie sau 1.428 lei pe locuitor/an. Majoritatea familiilor locuiesc în una sau două camere. S-a remarcat o carenţă a mijloacelor de informare în masă şi nivel scăzut de instrucţie al populaţiei adulte. Gravidele desfăşoară pe tot parcursul sarcinii o susţinută activitate fizică. Progresul socio-cultural şi economic a avut, deci, un ritm mai lent în această comună, faţă de restul ţării.

Pe lîngă alte aspecte de morbiditate neuropsihică (comunicate şi publicate în 1979) ancheta noastră a revelat la unii copii, aşa cum s-a menţionat mai sus, prezenţa unor simptome, posibil, de EFA. Pentru confirmarea naturii alcoolice a perturbaţiilor am procedat atent la investigarea celorlalte două criterii de diagnostic (vide supra) şi eliminarea tuturor copiilor ce nu reuneau triada.

Au rămas 21 de subiecţi la care au fost constatate 16 simptome distincte care, repetat regăsite la întregul lot, însumează un nr. de 75. În ordinea frecvenţei : hipotrofiestaturoponderală (11 C.), labilitate neurovegetativă (10 C.). hipertelorism (9 C.), retardare psihomotorie (8 C.), dismorfie craniofacială (7 C.), anomalia degetelor (6 C.), hipotrofie neonatală (5 C.), modificări auriculare (5 C.), palat ogival (3 C.), malformaţii cardiace, hiperkinezie, dislalie, anxietate, blocaj, strabism (la cîte 2 C.) şi malformaţii ale trunchiului, diskinezii (la cîte 1 C.).

13 dintre mamele acestor copii şi adolescenţi (0—18 ani) au consumat A. zilnic, iar 8 ocazional în decursul sarcinii. Băuturile preferate au fost cele concentrate. La nici unul dintre copiii cu EFA. nu au fost înregistrate insulturi ante-perinatale ; cazurile pozitive, sub acest raport. au fost eliminate.

Concluzii. EFA. (temă de studiu majoră, pe plan mondial, începînd din 1968), constituie un sindrom cu largă răspîndire ; în comuna menţionată (RSR.) — 5,9%. Evident, această incidenţă nu poate fi extrapolată la întreaga populaţie de 0—18 ani (1978) a ţării, deoarece a fost obţinută prin studiul unei colectivităţi restrînse şi necaracteristică pentru RSR. (vide supra).

Oricum, datele noastre justifică mobilizarea tuturor disponibilităţilor pentru a combate consumul de A. la gravide şi în general la femei în perioada fertilă, cînd sarcina nu este deseori diagnosticată la început.

Credem că cercetările în acest domeniu ar trebui extinse şi în alte regiuni ale ţării pe plan epidemiologic cît şi pe plan clinic şi biochimic.

Noticed still in antiquity, the noxiuos effects on the descendants coming from alcoholic parents constitute the object of scientific researches only in 1968. In this country S. Sandor (Timişoara) was the first to publish the results of an experimental study (1968).

The authors of the paper began in 1978 the first step of an epidemiologic study concerning the frequency and structure of neuropsychic affections in children and teen-agers (0—18 years) and their correlation with the socio-cultural and economic factors in a mountain non-cooperativized commune with unadequate pedoclimatic conditions for most cultures. The 1.020 inhabitants, of which 341 children and teen-agers, live a semipatriarchal life and generally have a living standard below the average of the whole country.

The whole group of subjects was subject to objective somatic, neurologic, psychiatric and psychologic examinations (psychometry, more Rutter type questionaires). Home visits were made in order to note down the characteristics of the dwellings and of their annexes, of the culturalization means, in a general record also comprising details concerning the history and health state of all the family members.

The negative aspects seen were: less diversifield feeding with relatively low calory content, concentration of the family into 1—2 roms, low instruction level of the adult population, relatively high alcohol consumption (A.). These aspects, like other positive aspects (rare antisocial acts) were reported and published on various occasions.

Among the 341 examined subjects we detected 21 presenting 16 various symptoms of alcoholic embryo — foetopathy (AEF.), found again, by repetition. 75 times. In the order of their frequency these were: staturoponderal hypotrophy, neurovegetative lability, hypertelorism, psychomotor retardation, cranio-facial dysmorphosis, finger anomalies, neonatal hipotrophia, changes of the auricular structure, ogival palatal arches, cardiac malformations, dyslalia, anxiety-bloking, strabismus, malformations of the trunk and dyskinesias.

Thirteen of the mothers of these children had drank concentrated alcohol daily and 8 occasionally during the pregnancy.

In the ante-and intranatal period no other insults were produced, the positive cases being not included in this group from this point of view.

Conclusions: AEF. is frequently encountered in this commune (5,9%), which, obviously cannot be considered for the whole country (vide supra).

These researches should be continued in other areas of the country, too, and of course, the control of alcohol consumption particularly in the case of pregnant women and of women during the fertile period is required.

PERSPECTIVA REABILITĂRII ÎN ALCOOLOMANII

V. Hrimiuc, E. Nemţeanu, M. Şelaru
— *Iaşi*

Problematica alcoolismului a extins aria cercetărilor la diversitatea fenomenelor implicate, biologice, morale, economice şi sociale, şi a configurat prin sursa ce o provoacă o veritabilă construcţie interdisciplinară — alcoologia — prin severul potenţial de risc ce-l comportă cu caracter social.

Creşterea răspîndirii alcolismului la populaţia de sex feminin şi la adolescenţi, evidenţiază contextul alert al vieţii contemporane şi inducţie la stress şi o farmacologie compensatoare. Astfel, orice raţionament terapeutic într-o situaţie de toxicomanie se proectează analitic asupra stării prin care se realizează apetenţa şi indisolubil legat de aceasta toleranţa şi dependenţa.

În faţa unei realităţi existenţiale penibile sau frustante nu toate persoanele au acelaşi comportament, unele recurgînd la toxic ca mijloc de refugiu, de a refula unele tendinţe, de a suspenda o acţiune pe care nu o pot realiza, de a găsi o pseudosoluţie în faţa unei probleme pe care o consideră ca insolubilă. Omul este singura fiinţă care-şi procură toxicul, după cum este singura fiinţă care-şi ia libertatea de a dispune de propria sa existenţă.

Efectul de consecinţă organică este creşterea progresivă a dozelor cu agravarea efectelor toxice prin semnele de dependenţă fizică şi psihică. Dependenţa fizică implică modificările biologice ale sindromului de abstinenţă, în timp ce dependenţa psihică exprimă psihosindromul anxios de privaţiuni.

Analiza complexă a apetenţei, toleranţei şi dependenţei argumentează într-un caz clinic opţiunea de individualizare a tratamentului la care se asociază indicaţiile şi contra indicaţiile în raport de bilanţul morfofuncţional al stării organismului. Experienţa noastră medicală, de formaţie clinică şi biologică îndreptăţeşte semnalarea unui aspect deseori afirmat, dar nu într-o suficientă măsură exploatat cu eficienţă în atitudinea terapeutică faţă de formele clinice de intoxicaţie etilică cronică. Schema terapiei implică opţiunea medicală a diferenţierii şi individualizării clinice mai ales în studiul actual cînd se exprimă suspiciuni faţă de şansa de reuşită a procedurilor utilizate în ultima perioadă şi care prin rezultatele lor nu au reuşit să capaciteze o prognoză optimistă. Ca rezultat al scepticismului faţă de terapia biologică, s-au luat în considerare factorii psihoreactivi, subiectivi, patogeni, faţă de care s-a putut adopta atitudini diferenţiate psihoprotective sau psihoterapeutice, fără însă a se putea intervni în mod substanţial asupra ambianţei şi comportamentului relaţional.

Cauzele alcoolismului s-ar afla după unii în mediul psihosocial ambiant acordînd mediului social rolul favorizant în timp ce alţi cercetători împărtăşesc opinia că este hazardat să se acorde acestui mediu vreun rol în apariţia toxicomaniei alcoolice. După unele cercetări mediul social ar avea rolul de revelator a unei structuri patologice de personalitate care se decompensează în sens alcoolofilic sau alcoolomanic în momentul în care nu mai poate face față complexității exigențelor adaptative și nu mai pot realiza echilibrul solicitat de procesele de asimilare și acomodare în raport cu realul. În acest consens posibilitatea de reușită a tratamentului constă în precocitatea identificării factorilor patogeni responsabili fie predominanți psihologici, fie organici. S-a constatat însă într-o semnificativă majoritate de cazuri stadii și forme de intoxicație etilică cronică induse prin obicei, habitudini, ceea ce a lărgit considerabil și în mod justificat preocuparea pentru factorii sociogeni ai alcoolismului.

Aceste observații orientează punctul nostru de vedere privind asistența psihiatrică în alcoolism și care decurge din accepțiunea însăși pe care o acordăm psihiatriei ca disciplină medicală integrativă, antropologică și socială.

Dacă se are în vedere rolul determinant pe care-l deține societatea și în deosebi microgrupul familial, instructiv-educativ, socio-profesional, în modelarea conduitelor și răspunsurilor comportamentale, în dezvoltarea individului, în procesele de echilibrare, a decompensărilor reactive, atunci vom înțelege că rolul mediului social apropiat nu este simplu ci deosebit de complex și extrem de deficitar de definit participarea sa, dacă nu se are în vedere individualitatea completă în multitudinea determinărilor sale particulare.

Ne pare meritorie în acest sens expansiunea preocupărilor la care am colaborat pentru explorarea psihologică și a factorilor patogeni relaționali, dar orice cură medicală are datoria identificării perturbațiilor biologice primare și a celor de efect și metabolizări etanolice întrucît fără acesta nu există alcoolism. Studiile privind metabolismul celular privesc două aspecte : enzimele care transformă toxicul și enzimele care sînt modificate prin acțiunea toxicului sau a produșilor ce rezultă prin biotransformarea lui.

Metodele de cercetare cît și rezultatele obținute privesc în mod direct raționamentul terapeutic și asistența clinică sau de post cură. Unele ipoteze biochimice explică dependența la alcool prin interferența acestuia cu aminele biogene. Acetaldehida derivată din alcoolul etilic s-ar interfera cu derivați aldehidici ai serotoninei. dopaminei și ai noradrenalinei la nivelul țesutului cerebral. Aceste aldehide s-ar cupla cu produșii de origine putînd da derivați tetrahidroisochinolici care sînt alcaloizi precursori ai morfinei. Această sinteză prin analogie cu morfina justifică dependența alcoolică și dezvoltarea narcomanică.

O altă direcție de cercetare este legată de ipoteza unui deficit provocat de alcool a unei amine neurotransmițătoare sau de alte substanțe metabolice în sindromul de abstinență. S-a încercat în consecință sistarea sindromului de abstinență prin administrarea de diverse produse. În unele din cercetările noastre efectuate în colaborare cu toxicologi și biochimiști ne-am preocupat de substanțe capabile să interfereze prin accelerare sau inhibare metabolismul etanolului. S-au efectuat astfel cercetări care evidențiază capacitatea fructozei de a accelera biostimularea etanolului prin eliberarea suplimentară de acid piruvic.

Enumerarea doar a cîtorva direcții de cercetare ilustrează perspectiva clinică a unor ipoteze și rezultate cu scopul de a confirma convingerea despre utilitatea unei intervenții medicale, numai prin diagnostic clinic individualizat și raționament terapeutic cu o cît mai corectă referință biologică la ansamblu de particularități ale bolnavului. Prin experiența noastră considerăm că postcura și reabilitarea bolnavului depinde în mare măsură de momentul intervenției terapeutice de faza clinică, fără a minimaliza valoarea incontestabilă a unor măsuri pe plan social, ca și organizarea psihoprofilaxiei acestei afecțiuni.

Indiferent din ce punct de vedere am considera alcoolismul și respectiv pe alcoolic în primul rînd este vorba de o boală de care suferă și față de care societatea are dreptul și obligația de a-l ajuta moral, de a-l trata în mod corespunzător și, uneori, chiar împotriva voinței sale.

Introducerea termenului de dependență ca modalitate de răspuns patologic al personalității în relații cu consumul de alcool nu exclude individualizarea tratamentului în alcoolomanii, motivat de cauze biologice socio-culturale și psihologice cu tot complexul de repercursiuni negative privind integrarea ideoafectivă, comportamentul psihosocial și incapacitatea de autodeterminare liberă față de consumul de alcool.

IMPLICAȚIILE SOCIO-FAMILIALE, SOCIO-ECONOMICE ȘI MEDICO-PROFILACTICE ALE ALCOOLISMULUI. STUDIU CLINICO-STATISTIC

Aurelia Sîrbu, V. Ban, Lia Glodan, S. Brătucu, Tr. Neamțu
— *Cluj-Napoca*

Datele din literatura de specialitate arată că în prezent alcoolismul are tendința de a ocupa un loc tot mai important în structura morbidității generale. Această situație iese în evidență în mod clar din datele statistice publicate de OMS privind evoluția consumului de băuturi alcoolice în perioada 1950—1975. Din statistica amintită reiese că în acest interval de 25 ani în majoritatea țărilor luate în studiu s-a înregistrat o creștere semnificativă a consumului de alcol. Astfel, în Austria consumul a crescut cu 122%, în Cehoslovacia cu 127%, în Iugoslavia cu 169%, în RDG cu 466%, în RFG cu 331%, în Țările de Jos cu 319%, etc.

Această situație a stîrnit un adevărat val de îngrijorare. În numeroase țări s-au înființat organisme naționale care se ocupă cu studiul, combaterea și prevenirea alcoolismului.

Întrucît rezultatele terapeutice obținute în prezent sînt încă modeste, atenția specialiștilor se îndreaptă, în special, spre găsirea unor măsuri profilactice cît mai eficiente.

Luarea unor măsuri profilactice adecvate în alcoolism presupune elucidarea a o serie de aspecte cu implicații certe în determinarea bolii, cum ar fi: structura personalității bolnavului, mediul familial în care a crescut, s-a dezvoltat individul, mediul familial actual, mediul socio-cultural, socio-profesional, etc.

Din dorința de a clarifica, chiar și numai parțial unele din aceste aspecte legate de condițiile specifice care determină sau favorizează apariția alcoolismului la noi, un colectiv al clinicii noastre a întreprins un studiu, care se extinde pe mai mulți ani, asupra profilului și particularităților bolnavilor alcoolici.

În lucrarea de față prezentăm cîteva date obținute în acest sens asupra alcoolicilor internați în clinica noastră în anii 1976, 1977, 1978.

Material și metodă: Studiul se referă la 1260 bolnavi de ambele sexe, internați în clinică cu diagnosticul de alcoolism cronic. Au fost urmăriți o serie de parametri ca: profesia, numărul internărilor și al zilelor de internare, ambianța în familia părinților și în familia proprie, situația profesională, debutul în alcoolism, durata consumului de alcool, toxicele asociate, suferințele somatice asociate, tulburarea psihică de fond, dinamica internărilor, etc.

Datele extrase din foile de observație clinică au fost grupate pe decade de vîrstă, și prelucrate statistico-matematic.

Rezultate: O primă constatare care se desprinde din datele noastre este acea că din totalul internărilor de 11.092 în intervalul 1976—1978, 1260 au fost alcoolici, ceea ce reprezintă 11,35%. Pe parcursul celor trei ani se constată o creștere progresivă a incidenței alcoolismului. Astfel, în 1976 din totalul de 3900 internări, 280 au fost pentru alcoolism, ceea ce reprezintă 7,18%, în 1977 din 3851 internări, alcoolicii au reprezentat 430, adică 11,15%, în 1978, 3341 internați 549 au fost alcoolici, deci 16,43%.

Ca frecvență, în raport cu celelalte grupe nozografice codificate, alcoolismul se situează pe locul 6 în 1976, pe locul 4 în 1977 și 1978. Cei 1260 alcoolici cronici au beneficiat în total de cca. 22249 zile de internare: 5.874 zile în 1976, 7875 zile în 1977, aprox. 8500 zile în 1978. Chiar și numai această cifră, fără să mai luăm în considerare internările pentru diferite suferințe asociate, care decurg din alcoolism, și cele pentru beții acute, absențe nemotivate de la serviciu, etc. sînt suficiente pentru a ne putea face o idee asupra implicațiilor financiare, economico-sociale, familiale și de altă natură a alcoolismului. În acest sens este demn de reținut și faptul că alcoolismul, se întîlnește mai frecvent la vîrsta adultă între 31—40 de ani (cca. 33%), între 41—50 de ani (cca 35%), deci cînd omul se află la vîrsta maturității depline și a capacității maxime de muncă și creație. Frecvența alcoolismului pe sexe se prezintă astfel: cca 90% din bolnavii internați au fost de sex masculin și cca 10% de sex feminin. Dintre femei, peste 90% aveau vîrsta cuprinsă între 21—50 de ani, iar peste 1/3 din ele erau casnice sau fără ocupație.

Datele noastre scot în evidență existența unei relații strînse între nivelul instructiv-educativ și alcoolism. Astfel, se constată că marea majoritate a alcoolicilor (75—80%) au o pregătire școlară mai redusă: școala elemntară, profesională, sau școala medie. La cei cu studii superioare incidența alcoolismului s-a întîlnit într-un procent de aprox. 15—20%. În timp ce la prima categorie de bolnavi debutul în alcoolism are loc la o vîrstă mai tînără, 15—20 ani, și mai frecvent în decada 21—30 ani, la cei din grupa a doua debutul are loc de regulă după 30 de ani. De remarcat este faptul că un procent relativ mare de alcoolici se recrutează din rîndul pensionarilor și al persoanelor cu ocupații casnice sau fără ocupație (33,26%) și respectiv 6,04%, în total aprox. 20%.

Este știut că mediul social și mediul familial poate juca rol important în determinarea alcoolismului, lucru scos în evidență și de cazuistica noastră.

Se constată că din cei 1260 de alcoolici aprox. 80% s-au născut în mediul rural și numai 20% în mediul urban.

Un număr de 415 bolnavi (33,8%) au crescut în ambianța unor familii dezorganizate sau dizarmonice, la 180 din aceștia, deci 43,46% unul sau mai mulți membri ai familiei au consumat sau consumă băuturi alcoolice.

Merită să fie reținute în mod deosebit consecințele consumului de alcool asupra vieții familiale, asupra activității profesionale și asupra vieții sociale a bolnavilor.

În această privință reiese că 919 bolnavi (72,95%) au sau au avut o viață familială necorespunzătoare, cu tensiuni și conflicte permanente determinate și întreținute de alcool, conflicte care în aprox. 13% a cazurilor au dus la divorț. Dacă luăm în considerare faptul că cca 70% din totalul bolnavilor au 1—7 copii, ne dăm seama de amploarea urmărilor nefaste ale alcoolismului asupra familiei alcoolicilor.

Pe planul vieții sociale sînt de asemenea urmări deosebit de serioase. În 92 de cazuri (7,22%) s-au consemnat antecedente penale, 481 bolnavi (38,17%) au schimbat între 5—7 locuri de muncă, aprox. 400 (31.74%) au avut de la 2 la peste 5 internări în Clinica Psihiatrică, plus o serie de alte internări în alte unități sanitare pentru complicații determinate de alcoolism.

Faptul că debutul în alcoolism a survenit în marea majoritate a cazurilor la vîrste tinere: în cca 30% între 15—20 de ani, în cca 46% între 21—30 de ani și în aprox. 27% între 31—40 ani ilustrează concludent efectul posibil al alcoolului în perspectiva anilor asupra stării biologice și psihice a bolnavului, întrucît toxicul își pune amprenta asupra individului la o vîrstă tînără.

Sub raportul vechimii în alcoolism notăm că peste 80% din bolnavi consumă alcool de peste 5 ani (între

5—20 ani) şi numai 10% consumă de mai puţin de 5 ani. Un procent de aprox. 70—80% consumă băuturi alcoolice distilate şi numai 20—30% băuturi fermentate. Marea majoritate (aprox. 75%) folosesc băuturi în mod constant, 13% ocazional şi aprox. 6,5% în pusee.

Se ştie că alcoolicul, datorită fragilităţii sale psihice are tendinţe politoxicomane. În statistica noastră alcoolismul s-a asociat cu fumatul în 76,98%, cu cafeaua în 10,17%, cu diferite medicamente în 8,93% din cazuri.

În ce priveşte tulburările asociate determinate de alcool s-au constatat : tulburări digestive la 529 bolnavi (41,90%) tulburări cardio-vasculare la 126 bolnavi (10%) şi tulburări respiratorii la 63 bolnavi (5%) din numărul total de alcoolici.

Consumul de alcool a fost precedat sau asociat cu tulburări psihice evidente la aprox. 1100 bolnavi (95.23%), din care psihopatia a fost întîlnită la 935 bolnavi (85%), nevroza la 110 bolnavi (10%), tulburări psihotice la 34 bolnavi (2%), la 33 bolnavi (3%) au fost întîlnite alte forme de manifestări psihopatologice. Un alt aspect care se desprinde din datele noastre este acela că afluxul alcoolicilor spre clinică este mai mare primăvara şi toamna.

Discutarea rezultatelor : Avînd în vedere importanţa şi complexitatea problemei, credem că fiecare din aspectele analizate anterior s-ar preta şi ar merita să fie dezbătute pe larg.

În cadrul acestei lucrări ne mărginim să aducem în discuţie doar trei aspecte cu implicaţii mai largi în profilaxia alcoolismului.

O primă problemă est aceea a alcoolismului la femei. Din datele noastre reiese că incidenţa alcoolismului la femei este crescut între 25—45 de ani. Considerăm că această constatare trebuie să ne reţină atenţia în mod deosebit întrucît aceasta este vîrsta activităţii de procreere maximă la femei, mai ales în mediul urban. Or, se ştie, lucru scos în evidenţă cu mai multă pregnanţă de ultimele cercetări, că alcoolismul la femeile gravide poate determina o serie de malformaţii ale produsului de concepţie. Desigur că sub acest aspect trebuie luat în considerare şi aportul tatălui alcoolic la diferitele leziuni sau malformaţii.

În statistica noastră alcoolismul la femei faţă de bărbaţi se întîlneşte în raport de 1 : 9. Statisticile efectuate în unele ţări ca : Australia, Noua Zeelandă, SUA, arată că, dacă în instituţiile de asistenţă sanitară de stat raportul între frecvenţa alcoolismului la bărbaţi şi la femei este de 8 : 1, în instituţiile particulare. dată fiind discreţia mai mare la care se face tratamentul, raportul este de 1 : 2. Acest ultim aspect credem că trebuie să ne dea de gîndit, întrucît la noi frecvenţa reală a alcoolismului la femei poate fi mai mare în realitate decît o arată statistica noastră.

Un alt aspect care ne-a reţinut atenţia în mod deosebit a fost frecvnţa relativ crescută a debutului în alcoolism la vîrste tinere : 15—20 de ani.

In faţa acestor date se ridică întrebarea care este situaţia reală a alcoolismului în rîndul tinerilor ajunşi la vîrsta pubertăţii şi a adolescenţei, ştiut fiind că unele statistici efectuate în alte ţări indică un procent de consumatori de alcool pînă la 40% la elevi între 17—18 ani.

Şi, în sfîrşit, o ultimă problemă la care ne referim este aceea a activităţii de depistare şi profilaxie a alcoolismului. În acest sens, pe lîngă o amplă acţiune de popularizare a efectelor dăunătoare ale consumului de alcool asupra organismului, familiei, societăţii, etc. trebuie desfăşurată şi o activitate conjugată între medicul de circumscripţie, întreprindere, dispensar, policlinică, spital sau clinică cu medicul specialist de la Laboratorul de Sănătate Mintală în vederea depistării familiilor de alcoolici, a eventualilor debutanţi în alcoolism, etc., şi luarea din timp a măsurilor de prevenire şi combatere a fenomenului alcoolic.

Concluzii : 1. În perioada 1976—1978 incidenţa alcoolismului cronic la bolnavii internaţi în Clinica Psihiatrică din Cluj-Napoca a fost în continuă creştere.
2. Frecvenţa maximă a alcoolismului cronic am întîlnit-o la persoanele între 31—50 de ani.
3. In statistica noastră alcoolismul cronic la bărbaţi a fost întîlnit în aprox. 90% din cazuri, iar la femei în aprox. 10%.
4. La un număr relativ mare de alcoolici (20%) debutul în alcoolism a survenit între 15—20 de ani.
5. Dintre tulburările asociate determinate de consumul cronic de băuturi alcoolice frecvenţa cea mai mare au avut-o tulburările digestive.

The prezent investigation is a continuation of the authors researches on the morbidity by alcoholism. Some data regarding the prophile and peculiarities of alcoholic patients admitted to our clinic during the 1976—1978 period are presented and discussed.

The study was performed on 1260 cases admitted to the clinic with the diagnosis of chronic alcoholism. Several parameters were followed up such us : Profession, of admissions and of days of hospitalization, environment, in the parents' family, and his (her) own family, the social environment from which the patient comes, the onset of alcoholism, professional situation, thr duration of alcohol consuption, the ratio of alcohol, consumption, nature of the beverage, associated toxics, somatiques disturbances associated. background psychic disturbances, dinamics of the admissions, etc.

The data obtained from the observation sheets were interpreted statistico-mathematically.

The paper underlines a numeber of aspects concerning the relationship between the socio-familial environment and alcoholism, the relationship between profession, instrucion and alcoholism, as well as certain medico-social aspects of alcoholism : the consequences of alcoholism upon the health condition of the individual, the tendency to increase of alcoholism in young subjectand women, etc.

Certain prophylactic measures are discussed which, according to the authors opinien allow early and comprehensive identification of alcoholics and the improvement of the control of alcoholic phenomenon.

CONSIDERAȚII ASUPRA UNOR COMPLICAȚII NEUROLOGICE ÎN ALCOOLISM

Gh. Pendefunda, B. Pollingher, Felicia Ștefanache, C. Oprișan, Ștefania Logofătu, Rodica Prodan, Antoneta Lupu, S. Cărăuleanu
— Iași

Implicațiile neurologice în alcoolism cronic sînt cunoscute de mult timp, manifestările periferice fiind menționate încă în descrierile lui Lettsom (1787) și Jackson (1822) citate din Dyck și col. (1975). Ulterior s-au descris forme encefalice sub forma de polioencefalită hemoragică superioară tip Wernicke (1881), asocierea leziunilor enflatice la polineuropatia etilică caracteristic pentru psihopolinevrita Korsakov (1887—1889). sindromul Machiafava Bignami (1909), precum și o serie de manifestări cerebrale cu diverse aspecte de epilepsie, psihoze etilice, demență etc. Importante prin apariția lor frecventă în cadrul alcoolismului cronic ca și prin gravitatea la care se ajunge, sindroamele neurologice etilice au făcut obiectul multor cercetări dat fiind în același timp și implicațiile medico-sociale ale acestei probleme.

In clinica neurologică din Iași am avut ocazia să urmărim în ultimii 5 ani (1975—1979) 58 bolnavi cu diferite manifestări neurologice în cadrul une impregnări cronice cu alcool etilic. Dintre aceștia 53 erau bărbați și numai 5 erau femei. Vîrstele bolnavilor au fost cuprinse între 21—70 ani repartizate pe decade în modul următor : între 21—30 ani 5 bolnavi ; 31—40 ani 10 bolnavi ; 51—50 ani 21 bolnavi ; 50—60 ani 17 bolnavi și peste 60 ani 5 bolnavi.

Ca aspect clinic în 43 cazuri fenomenele neurologice s-au încadrat într-o formă de polineuropatie, 1 caz o nevrită retrobulbară, 4 bolnavi au avut acuze de tip neurasteniform asociate la tabloul clinic de impregnare toxică, 4 bolnavi au prezentat manifestări cerebrale sub formă de polioencefalită hemoragică de tip Wernicke 1 caz, un alt caz cu un aspect deosebit de encefalită tabloul clinic sugerînd un sindrom de degenerescență hepato-cerebrală, un al treilea caz cu etilism cronic și care în cursul spitalizării dezvoltă o hemipareză dreaptă progredientă printr-un hematom subdural intracranian stîng, iar în al patrulea caz bolnavul prezintă un sindrom hepato-cerebral, cașexie hipofizară și deces. În cadrul manifestărilor cerebrale s-au mai inclus încă 7 cazuri cu manifestări comițiale pe fond de etilism cronic.

Dintre cazurile cercetate de noi ne-au atras atenția în mod deosebit 5 cazuri a căror simptomatologie prezintă unele particularități mai rar menționate în literatura de specialitate și a căror etiologie etilică posibilă este de discutat.

În cadrul simptomatologiei polineuropatiilor etilice tulburările trofice sînt menționate ca semn important cu apariția însă în formele avansate de boală. Aceste manifestări trofice se pot prezenta sub formă de amiotrofii asociate uneori cu retracții musculo-tendinoase, piele subțire, uscată, scvamoasă și rece, manifestările sub formă de acropatie ulcero-mutilantă fiind doar amintite. Întrucît la două din cazurile noastre am întîlnit asociate la tabloul clinic de polineuropatie etilică tulburări trofice interesînd extremitățile membrelor inferioare cu aspect de acropatie ulcero-mutilantă, eventualitate rară contrastînd cu restul simptomatologiei polineuropatice, prezentăm în continuare observații clinice :

Observația 1.

Bolnavul M.G. în vîrstă de 42 ani, tehnician veterinar, se internează în clinică în octombrie 1972 pentru parestezii, dureri și deficit de forță la nivelul segmentelor distale ale membrelor, cianoză în poziția declivă la membrele inferioare, ulcerații trofice la degetele membrelor inferioare care au mers pînă la amputarea spontană a degetului mic la piciorul drept și degetului mare la piciorul stîng. Antecedente patologice : hepatită epidemică (1971), pancreatită operată (1971), etilism cronic din 1974 cu consum de 1/2 l țuică și 2—3 l vin pe zi.

Istoric — lent progresiv, cu aproximativ 1 an în urmă au început să apară parestezii sub formă de amorțeli la antebrațe și gambe, cianoza extremităților și ușor deficit de forță în segmentele distale ale membrelor superioare și inferioare. Din ianuarie 1979 apar ulcere trofice la degetele membrelor inferioare care se complică apoi cu osteită și impun în aprilie 1979 amputarea degetului mic de la piciorul drept și a halucelui de la piciorul stîng.

Examenul general — evidențiază un facies congestiv cu multiple ectazii vasculare.

Examenul aparatelor nu arată modificări patologice. Oscilometria și arteriografia la membrele inferioare sînt normale.

Examen neurologic. Examenul nervilor cranieni, în afara prezenței unui reflex palmomentonier bilateral, este normal. Motilitatea — ortostațiunea este normală, mersul ușor șchiopătat bilateral. Mișcări active normale ca amplitudine, dar diminuate mult ca forță și viteză la picior și gambă bilateral. Tonusul muscular diminuat la mmebrele inferioare, reflexele osteotendinoase diminuate la membrele superioare și abolite la cele inferioare. Reflexele cutanate abdominale și reflexele cutanat plantare externe sînt normale.

Sensibilitatea : parestezii sub formă de amorțeli și dureri spontane și provocate de compresia traiectelor nervoase la membre, mai accentuate în segmentele distale. Hipoestezie superficială distată de la cot la membrele superioare și de la genunchi în jos la membrele inferioare. Troficitate-hipotrofii musculare distale la membrele superioare și inferioare. Ulcere trofice la degetele membrelor inferioare, pe fața plantară (cu dimensiuni între 1—1,5 cm) ; amputarea degetului mic, de la piciorul drept, halucele de la piciorul sting (fig. 1).

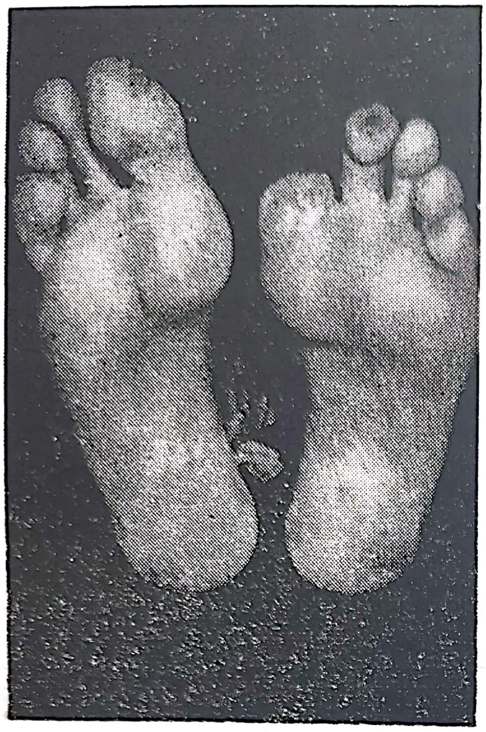


Fig. 1.

EMG — viteza de conducere în fibrele motorii ale nervului cubital drept scăzută — 25 m/s. Examenul de simulodetecție efectuat pe SPI stîng evocă răspunsuri musculare M cu latență de 16 m/s și RH 50 m/s (crescut). EMG — efectuat pe gambier anterior, bilateral, tricepsural bilateral, adductor police în mai multe puncte. În repaus muscular — liniște electrică. În contracție musculară voluntară maximă se obțin trasee EMG deficitare (tip simplu și intermediar) la toate nivelele examinate cu potențiale de UM polifazice și durată crescută (leziuni de neuroni motor periferic la nivel de cilindraxor) ; VSH — 26/50 mmc ; Hemograma — normală. Se administrează vitamine din grupa B. fosfobion, vasodilatatoare, glicocol, după care se obține o ameliorare evidentă a deficitului motor și a tulburărilor de sensibilitate. Revăzut în luna martie 1980 se constată accentuarea deficitului motor distal la membre, mai accentuat la cele inferioare, abolirea ROT și accentuarea deficitului de sensibilitate superficială în teritoriul distal al membrelor inferioare. Bolnavul nu a mai urmat nici un tratament de la internare, și a continuat să consume băuturi alcoolice în cantități mult mai mari. Din declarația bolnavului se pare că tulburările trofice după o dispariție temporară de aproximativ 3 luni de zile au reapărut sub formă de ulcere pe fața plantară a degetelor la ambele picioare. La EMG se constată același aspect ca la internarea anterioară.

Observația 2.

Bolnavul C.P. de 56 ani, tehnician agricol, se internează în clinică în martie 1980 pentru dureri sub formă de „cîrcei“ în segmentele distale ale membrelor, ulcere trofice plantare. Din antecedente reținem : tifos exantematic în 1944, etilism cronic din 1970 (1 litru țuică zilnic).

Istoric. — Din decembrie 1979 apar dureri intense în lungul membrelor inferioare, mai accentuate în segmentele distale, ușor deficit de forță la membrele inferioare și ulcerații trofice plantare la membrul exterior drept. Agravarea deficitului motor la membrele inferioare și extinderea ulcerațiilor determină internarea bolnavului în clinica noastră.

La examenul general se constată congestia tegumentelor feței cu multiple ectazii vasculare. Pe tegumentele plantei drepte se constată o ulcerație cu marginile abrupte de 4/5 cm și o adîncime de 2—2,5 cm, cu fundul curat, roșiatic. În regiunea metatarsiană la același picior un al doilea ulcer trofic de 2/1,5 cm cu adîncimea pînă la 1 cm de asemeni cu margini abrupte și fundul roșietic. La planta stîngă leziunea trofică era mult mai mică, de 1/0.5 cm, superficială, localizată pe fața plantară a primei falange a degetului mic (fig. 2). De reținut de asemeni la examenul general o scolioză dextro-convexă.

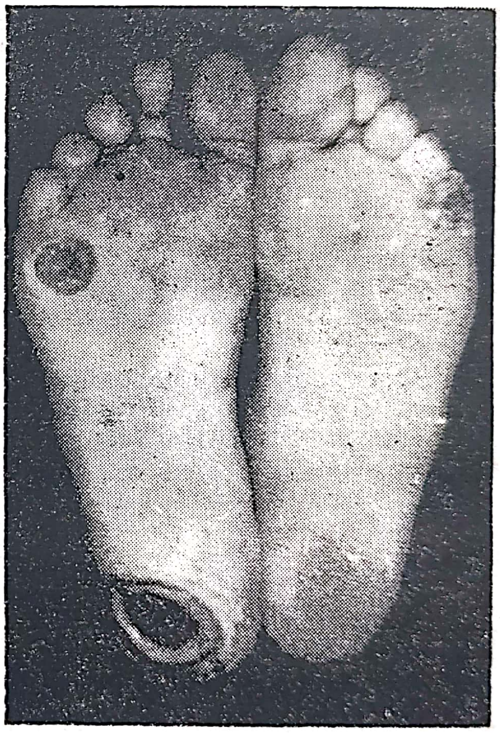


Fig. 2.

Examenul pe aparate evidențiază existența unei HTA — 170/100 mm Hg. în rest fără alte modificări. Oscilometria la membrele inferioare este normală.

Examenul neurologic. — Examenul nervilor cranieni este normal. Mersul este ușor șchiopătat, mișcările active sînt normale ca amplitudine, dar mult diminuate ca viteză și forță în regiunile distale ale membrelor, mai accentuate la membrele inferioare. Hipotonie musculară mai evidentă la membrele inferioare. ROT-stiloradial și rotulian bilateral diminuate, achiliene abolite. Reflexele cutanate abdominale și plantare externe — normale.

Sensibilitatea — subiectivă — parestezii sub formă de amorțeli și senzații de „cîrcei“ la nivelul gambelor, dureri spontane şi provocate la compresiunea trunchiurilor nervoase şi musculatura antebraţelor şi gambelor. Obiectiv — hipoestezie superficială la membre de la genunchi şi cot bilateral.

Troficitate — în afara ulcerelor deja descrise prezintă o atrofie a musculaturii gambelor predominent pe loja antero-externă.

Examene de laborator — hemoleucograma şi electroforeza sînt normale. VSH — 73/110 mmc, LCR — clar, Q-ST — negativ, normotensiv, elem — 1/mmc, Pandy, N-Ap — slab pozitive. alb — 0,48 g‰.

EMG — Qvadriceps bilateral şi gambier anterior bilateral triceps sural. În repaus muscular — linişte electrică. În contracţie musculară voluntară maximă se obţin trasee emg deficitare (tip intermediar cu potenţiale de UM ample. polifazice), denervare parţială a tuturor punctelor examinate (leziuni de cilindrax). Rg. coloană dorsală şi lombo-sacrată-scolioză dorsală dextroconvexă şi intense artrozice la întreaga coloană radiografiată.

Biopsie musculară — din musculatura posterioară a gambei — leziuni musculare avansate, caracterizate prin plaje întinse de fibre atrofice intercalate cu alte fibre hipertrofiate, cu nuclee în axă. Existenţa de grupuri mici de două pînă la trei fibre musculare dispuse relativ normal. Imagini de regenerare musculară, interstiţiu cu abundent ţesut conjunctivo-grăsos, discret infiltrat limfocitar difuz. Diagnosticul: stadiu atrofic de leziuni tip neurogen.

După o lună de tratament intensiv cu medicaţie neurotrofică şi vasodilatatoare, ulcerele au dispărut la membrul inferior stîng şi s-au micşorat foarte mult, în suprafaţă şi profunzime, la dreptul. Concomitent se remarcă o netă ameliorare şi a simptomatologiei subiective.

În ambele cazuri atrage atenţia aşa cum am menţionat la început, gravitatea tulburărilor trofice care în primul caz interesează extremităţile distale ale membrelor inferioare care au determinat amputaţia parţială a degetelor iar în al doilea caz ulcere perforante plantare mai accentuate la piciorul drept, cu aceeaşi tendinţă la extensie ca şi în primul caz. În ambele cazuri diagnosticul a fost dificil de precizat şi el a fost efectuat prin eliminare pe baza simptomatologiei clinice şi a examenelor paraclinice şi a fost confirmat prin antecedentele personale ale bolnavilor care erau etilici intens. În felul acesta s-au îndepărtat din diagnostic tabesul, siringomielia membrelor inferioare, tulburările trofice din cursul leprei. alteraţiile trofice din sindromul de coadă de cal sau mielodistrofia din cadrul unui status disraficus, forma paretoamiotrofică a bolii Charcot-Marie-Tooth, distrofia osteogenetică Brugh, arterita membrelor inferioare ca şi acroosteoliza neurogenă esenţială familială Thévenard. Tulburările trofice ca simptom major, dominant în cazurile noastre de neuropatie se înscriu nozografic în cadrul general al acropatiei ulceromutilante spontane favorizate de impregnare cronică, etilică. Făcînd o incursiune în istoricul acropatiilor, boala a fost menţionată pentru prima dată de Leplat (1846) şi apoi de Nelation (1852) sub denumirea de „mal perforant" şş denumit în 1930 de Kinböch „trofopatie mielodisplazică a piciorului". Thévenard în 1942 conturează clinic cadrul formelor familiale de boală care-i poartă numele. Forma simptomatică, sporadică de acropatie delimitată de Von Bogaert (1953) şi Denny Brown (1953—1953) şi relatată ulterior de Kissel şi Schmidt (1967) apare ca o manifestare ulcero-mutilantă predominînd la sexul masculin fiind favorizată de unii factori locali de atriţie, degerături, alcoolism denumit sindrom Bureau-Barriére. În acest sens se poate considera în etiopatogenia acestor manifestări trofice un proces abiotrofic în care variaţiile de pH, PO_2 şi SH devin procese de autoîntreţinere avînd rol principal în determinarea leziunilor degenerative vasculare şi nervoase intraepidermice (Ionescu şi col. 1977), favorizată în intoxicaţia cronic-etilică de o deficienţă tiaminică, diminuarea riboflavinei. a piridoxinei şi a acidului pantotenic caracteristic etilismului (Kreindler şi Voiculescu 1972).

În cazurile cu manifestări encefalitice prezentăm două cazuri urmărite anatomo-clinic cu procese de scleroză cerebrală difuză şi sfîrşit letal şi un caz clinic cu aspect de degenerescenţă hepato-cerebrală.

Observaţia 3.

Bolnavul I.S. de 37 ani, inginer agronom a fost internat în Clinica neurologică Iaşi între 6.X—16.X.976 cu diagnosticul: Encefalopatie hepatică. Prezintă la internare dizartrie, agitaţie psihomotorie şi deficit motor la membrele de partea stîngă. De 7 luni prezintă o scădere în greutate a cărei cauză nu a putut fi decelată prin explorările făcute în clinica medicală. A mai fost internat în clinica noastră în septembrie 1976. EEG LCR şi FO au fost normale. Transferat din nou într-o clinică medicală, i se face o puncţie hepatică care evidenţiază o hepatită cronică. Cu două zile înaintea ultimei internări se remarcă o discretă ştergere a pliului naso-genian stîng şi o neîndemînare în mişcările mîinii stîngi şi uneori o atitudine particulară care evidenţiază o hepatită cronică. Cu două zile înaintea ultimei internări se remarcă o discretă ştergere subcutanat şi tahicardie.

Ex. neurologic obicetiv pune în evidenţă o atitudine particulară a mîinii stîngi, care este flectată din articulaţia pumnului cu degetele extinse şi animate de tremurături, cu policele flectat în palmă. Prezintă un Romberg pozitiv nesistematizat, o reducere de forţă la mînă şi degetele stîngi, ale căror mişcări sînt parazitate de atitudinea particulară descrisă. Se remarcă tremurături fine, neregulate, la degetele picioarelor şi la mîna stîngă, ROT diminuate, iar în stînga se pune în evidenţă inconstant un Rossolimo şi o schiţă de Babinski. Acuză hipoestezie la membrul superior stîng. Prezintă hipoacuzie bilaterală şi uşoare tulburări de deglutiţie şi dizartrie. Bolnavul are o cefalee fronto-parietală, este agitat psihomotor şi cu uşoare tulburări de memorie. EEG normal. La FO — artere foarte îngustate. Angiografia carotidiană dreaptă — topografie vasculară normală şi calibru vascular neregulat. Hemoleucograma, transaminaza, aldolaza-normale. Examenul psihiatric evidenţiază o bradipsihie şi o labilitate emoţională, tulburări în cadrul afecţiunii organice de fond. În evoluţie. obnubilarea alternează cu agitaţia psihomotorie. Starea confuzională se adînceşte progresiv, bolnavul intră în comă şi decedează.

Examen morfo-patologic. Macroscopic — atrofia lobilor frontali şi parietali. hipofiza redusă de volum (atrofică) stază şi edem pulmonar. Intracerebral staza sanguină se asociază cu revărsate hemoragice perivasculare în special în nucleii bazali. În scoarţa cerebrală se observă neuroni trofici în special în straturile 3 şi numeroase aspecte de satelitoză. Densitate vasculară cu îngroşarea pereţilor acestora (fig. 3). Proliferare glială difuză cu astrocite mari, fibroase (fig. 4), mai ales în stratul molecular în substanţa albă a lobului temporal şi lobul insulei bilateral. Discret infiltrat limfocitar perivascular, iar la nivelul substanţei albe infiltratul se orientează liniar, paralel cu fibrele nervoase. Hipofiza — plaje întinse de fibroză la nivelul lobului anterior, care ocupă 3/4 din suprafaţa de secţşune a acesteia (fig. 5), celulele din vecinătatea procesului fibros cu pierderea conţinutului granulat. Ficat — distrofie granule-vacuolară a hepatocitelor. Pancreas — moderată scleroză interstiţială, insulele Langerhans mici, unele din ele atrofice. Suprarenală — cordoanele celular al corticalei disociate de o proliferare conjunctivă interstiţială — numeroase celule cu pierderea conţinutului vacuolar. Celulele din stratul reticulat încărcate cu pigment de uzură.

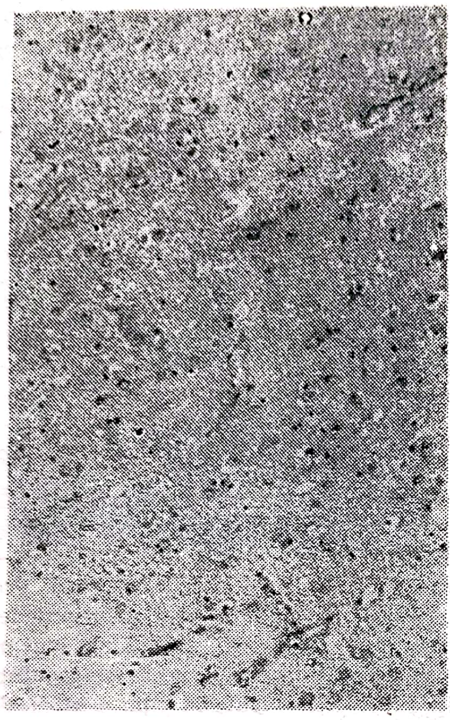


Fig. 3.

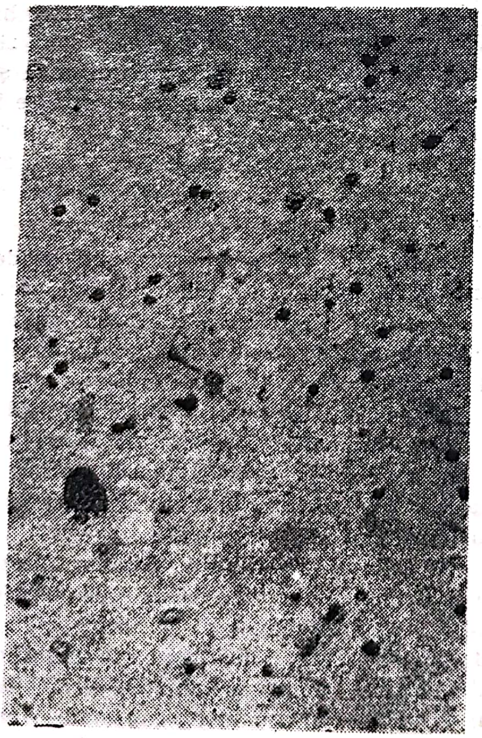


Fig. 4.

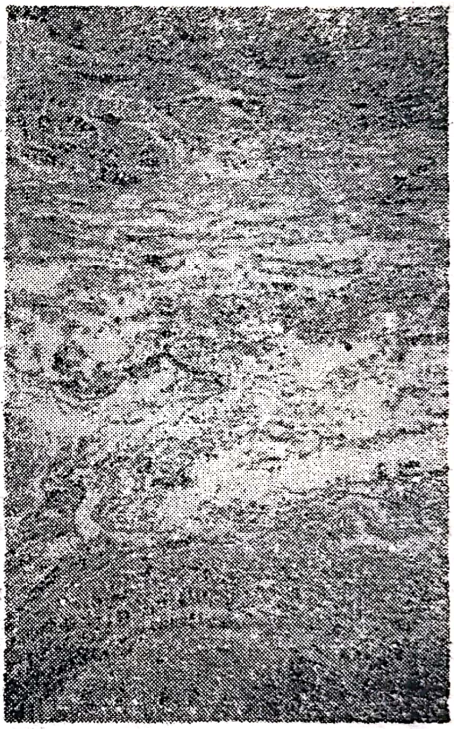


Fig. 5.

Observaţia 4.

Bolnavul N.C. în vîrstă de 50 ani, arhitect pensionar, se internează în clinica neurologică Iaşi pentru cefalee occipitală, ameţeli, tulburări de echilibru. tulburări de fonaţie şi de deglutiţie, dispnee de decubit şi vesperală. edeme declive la membrele inferioare. Din antecedentele patologice se reţin : TBC pulmonar în 1975, etilism cronic din 1969 (mare consumator de băuturi alcolice concentrate — pînă la un litru ţuică şi rom pe zi). Istoric — În anul 1974 după un consum exagerat de alcool — 3 l vin şi 1/2 l ţuică, bolnavul instalează brusc în cursul dimineţii un moderat deficit de forţă la membrele de partea dreaptă, tulburări de echilibru cu tendinţă de cădere spre stînga, singultus, crize vertiginoase însoţite de vărsături, tulburări de fonaţie şi de deglutiţie impunînd alimentarea prin gavare. După un tratament persistent cu neurotrofice, antiedematoase cerebrale și vasodilatatoare efectuate în timpul internării în clinica neurologică Iași, manifestările clinice s-au ameliorat, persistînd ușoară dificultate la deglutiție, discrete tulburări de fonație. perturbări ale coordonării la membrele de partea stîngă și de echilibru. În anii care au urmat bolnavul s-a reinternat repetat pentru tratament vasodilatator și neurotrofic. Pentru a evita consumul de alcool familia izolează bolnavul într-un cămin de pensionari din jud. Botoșani, unde contractează o afecțiune cardiacă care în decursul anilor a dus la decompensare și la decesul bolnavului în timpul ultimei internări în clinica noastră. Ex. general și pe aparate relevă o paliditate excesivă a tegumentelor și edeme declive cianotice la membrele inferioare. Evidente sînt modificările constatate la examenul pe aparate ca: dispnee de decubit și vesperale, raluri umede la ambele baze pulmonare, suflu de decompensare la toate orificiile cordului și mărirea de volum a ficatului, manifestări care pledează pentru afecțiunea cardiacă decompensată la examenul clinic neurologic se constată prezența unui sindrom Claude-Bernard Horner de partea stîngă, a tulburărilor de fonație (voce bitonală și de deglutiție (pentru lichide și solide), a diminuării reflexelor de fund de gît de partea stîngă, moderate tulburări de coordonare cu aspect cerebelos de aceeași parte, evidențiate prin dismetrie, adiadococinezie și asinergit, hemihipoestezie superficială alterană, interesînd hemifaciesul stîng și hemicorpul drept. ușoară diminuare de tonus a musculaturii membrelor de partea stîngă, ROT cutanate abdominale și plantare normale bilateral. Bolnavul prezintă o importantă scădere a memoriei de fixare și atenție, deosemeni și o tendință spre irascibilitate și impulsivitate.

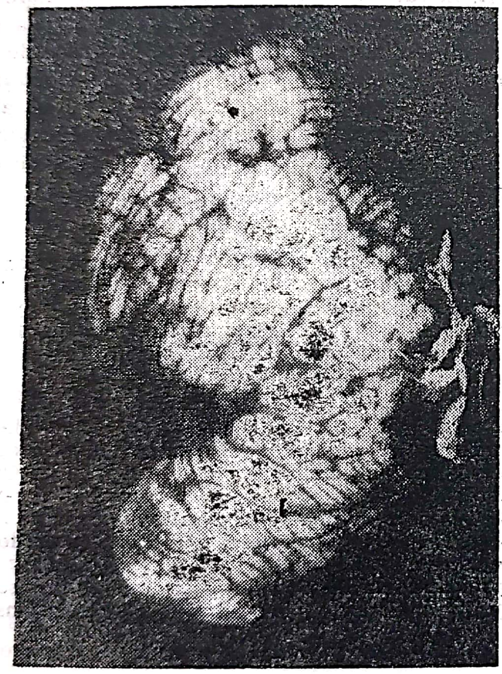


Fig. 6.

Examen morfopatologic — Macroscopie — vasele de la baza creierului cu rare plăci de aterom în special în sistemul vertebro-bazilar, vermisul și emisferul cerebelos drept prezintă o zonă cicatricială retractată de culoare gălbuie situată anterosuperior iar pe suprafața de secțiune se evidențiază un infarct cicatricial (fig. 6, 7). Bulbul prezintă o atrofie a jumătății drepte iar pe suprafața de secțiune o plajă alb-cenușie în

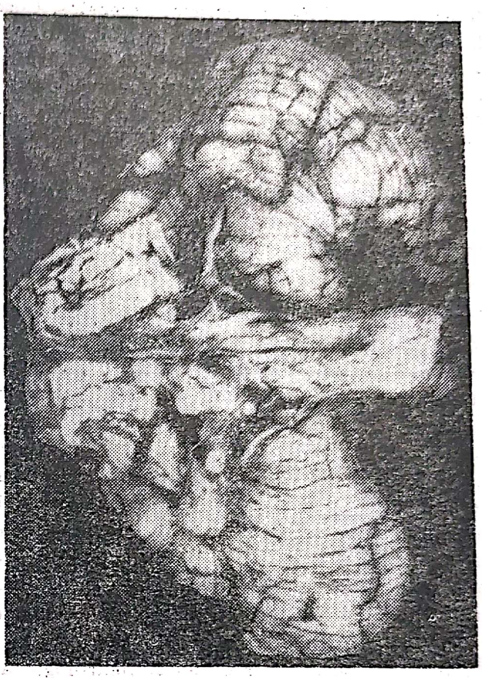


Fig. 7.

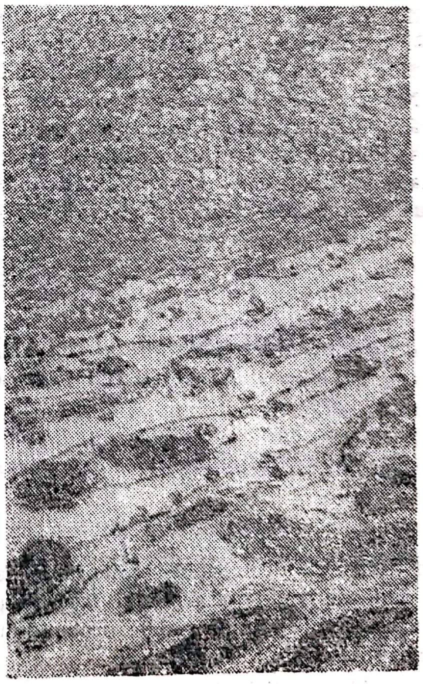


Fig. 8.

jumătatea respectivă. Emisferele cerebrale cu atrofie corticală, șanțurile intergirale largi. Cavitățile ventriculare lărgite. Microscopic calcificări vasculare la nivelul nucleilor bazali, neuroni cu încărcare de pigment lipidic galben brun și frecvenți neuroni atrofici cu imagini de satelitoză. (fig. 8). Infarct cicatricial retroolivar drept și infarct cictricial cerebelos. Cord-infarct cicatricial întins apical sting cu dilatații anevrismală a peretelui ventricular, aderențe pericardice difuze. Pe suprafața de secțiune se observă alături de infarctul cicatricial, plaje de infarct recent; aspect confirmat de examenul microscopic. Plămîni de stază cu scleroză interstițială și numeroase celule cardiace. Ficat de stază (cardiac). Rinichi—scleroză vasculară cu glomerulită exudativă, numeroși glomeruli hialinizați, discret infiltrat limfocitar interstițial.

Observația 5

Bolnavul T. C. de 29 ani muncitor, se internează în clinică în 15.I.1978 pentru tremurături stato-chinetice ale extremităților membrelor și capului, rigiditate în mișcări, irascibilitate. labilitate afectivă. Antecedente patologice — a mai fost internat în clinică în 1975 cu diagnosticul de Encefalopatie etilică. Este un mare etilic, de la vîrsta de 12—14 ani a consumat zilnic cantități de 1—2 litri țuică, plus vin în cantități variabile. Traumatism cranio-cerebral în 1975. Istoric — boala a debutat lent progresiv în anul 1975 cu astenie, scăderea forței musculare mișcări involuntare sub formă de tremurături ale extremităților membrelor superioare și ale capului, rigiditate în mișcări, irascibilitate, insomnie. tendințe agresive. Examenul neurologic arată mers moderat rigid cu limitarea mișcărilor de asociație ale membrelor superioare, fine tremurături ale extremităților membrelor care se accentuează la emoții și cu mișcările voluntare, tremurături ale capului, hipertonie plastică moderată cu schiță de roată dințată bilateral, Noica bilateral, vorbirea tremurată, sacadată, explozivă, mare labilitate afectivă, cu treceri rapide de la irascibilitate afectivă la euforie și stări depresive. Examen psihiatric — reacție situațională depresivă cu accese comițiale, traumatism cranio-cerebral în 1975. Sub tratamentul cu romparkin și propranolol instituit în cursul primei internări se remarcă o ușoară ameliorare a simptomatologiei, dar cum după externare bolnavul continuă să consume mari cantități de băuturi alcoolice, la 3—4 luni fenomenele diskinetice reapar și persistă cu tot tratamentul aplicat în timpul celei de a doua internări. În primele două cazuri leziunile morfo-patologice pun în evidență modificări care traduc o suferință difuză de encefalopatie cu atrofie și proliferare glială, ceea ce impune discutarea unui mecanism patogenic cu acțiune directă a toxicului asupra parenchimului cerebral sau mai probabil secundar unui proces vascular favorizat de etilism. În cazul I. S. la fenomenele cerebrale difuze se asociază leziuni importante ale hipofizei anterioare care explică starea dismetabolică — cașexie și în același timp asocierea leziunilor histopatologice, hepato-pancreato-suprarenalei ar fi în favoarea încadrării etiologice toxice (etilism) a leziunilor cerebrale. Leziunile parenchimatoase în cazul N. S. care s-au asociat cu leziuni vasculare de tip ateromatos, explică pe lîngă simptomatologia din cadrul etilismului cronic și accidentul vascular de tip ischiemic bulbo-cerebelos. În al treilea caz tulburările psihice, fenomenele extrapiramidale asociate cu alterarea funcțiilor hepatice au pus problema unui sindrom hepato-cerebral survenit pe fondul unei intoxicații etilice certă.

A number of 58 patients with different neurological symptoms developed during chronical ethylic alcohol impregnation are studied. 42 out of them had polyneuropathia, one had retrobulbar optical neuritis, 4 had neurastenia, 4 exhibited different forms of encephalopathia and 7 cases had epileptic symptoms.

Two cases drawn particularly our attention presenting a polpneuropathia with severe vegetative phenomena taking the aspect of ulcero-mutilant acropathia, a desease rarely encountered in the literature. Other 3 cases developed an ethylic encephalopathia of severe aspect. Two out of these three patients died. In those two cases that had postmortem examinations we found diffuse changes of encephalopathia with atrophy and glial proliferation. One of the cases exhibited also pituitary, liver, pancreas and adrenal glands lesions.

DIMENSIUNI ALE TABLOULUI PSIHOPATOLOGIC ÎN FAMILIA ALCOOLICULUI ; CONSIDERAȚII CLINICO-GENETICE

Fl. Teodorescu, M. Șelaru, M. Stanciu, Virginia Marinescu, P. Boișteanu, V. Chiriță

— Iași

Este un truism că alcoolismul se manifestă ca o tară familială. Față de populația generală, frecvența de exprimare a afecțiunii printre rudele probandului alcoolic este net superioară.

Fără a considera suficient „familialul" pentru a susține „ereditarul", ci doar ca o condiție necesară, numeroase studii s-au străduit să precizeze limitele relației. Oricum, influența unei componente genetice, cel puțin pentru unele forme de alcoolism, este în prezent activ susținută, deși modul de moștenire a tulburării rămîne deocamdată un subiect nerezolvat. Frecventa asociere cu alte boli psihice trezește interes suplimentar pentru studii, excesul acestora în familia alcoolicului lăsînd să se întrevadă raporturi interstări deloc întîmplătoare.

Metodă. Au fost studiate familiile unui număr de 31 pacienți (caz primar, proband). de ambele sexe, de vîrste între 24—56 ani, ale căror tulburări psihopatologice derivă din consumul excesiv de băuturi alcoolice. Pentru obiectivarea rezultatelor am considerat potrivit să selectăm cazurile accesibile investigării, provenite din familii numeroase, cu diagnostice confirmate în timp (multiple internări).

La baza investigaţiilor s-a aflat un chestionar detaliat, conţinînd itemuri cu referiri la ocupaţie, educaţie, condiţii de dezvoltare (pe perioade), relaţii familiale, tablou psihologic, stare psihopatologică, consum de alcool etc. Investigarea rudelor (personal sau din declaraţii ulterior verificate) s-a desfăşurat după un plan similar, pentru formularea diagnosticului la o persoană necunoscută luîndu-se în consideraţie trei criterii : simptome, vîrstă de debut a stării şi rezultat. De foarte mare utilitate s-au dovedit înregistrările medicale (foi de observaţie. certificate medicale), importante pentru surprinderea dinamicii proceselor de boală.

În relaţia alcoolism-tulburări afective s-a considerat ca stare primară o tulburare afectivă manifestă anterior consumului abuziv de băuturi alcoolice sau în perioada de abstinenţă. Dacă simptomele s-au produs în timpul consumului, ele au fost considerate manifestări ale unei tulburări afective secundare.

Rezultate şi discuţii. Studiul familiei probandului alcoolic dezvăluie, în principal ponderea cazurilor cu diagnostic similar (alcoolism), chiar dacă, în raport cu realitatea, doar o parte dintre acestea sînt înscrise în evidenţele clinicilor de specialitate. În discuţie pot intra, de această dată, toleranţa familiei (societăţii) faţă de consumatorul abuziv, indiferenţa acestuia (familiei) faţă de starea prezentă, obişnuinţele în familie etc., situaţii care modifică (reduc) numărul celor aflaţi în iminenţa de a fi asistaţi medical. În lipsa unor dovezi de certitudine (internări etc), o parte dintre cazurile reclamate de către cel investigat au fost considerate ca „posibil alcoolic“ fără a scăpa prin aceasta din sfera noastră de interes ; imposibilitatea verificării celor relatate (schimbări de nume, adresa ?) a redus astfel aprecierile la nivelul probabilităţilor.

Alte afecţiuni (tulburări afective, osciopatii, „personalităţi anormale, stări nevrotice ş.a.), completează un tablou care, în general, se caracterizează prin încărcătură psihopatologică şi variaţie.

În familie, de regulă, alcoolismul este mai bine reprezentat la taţi şi fraţi ai probanzilor de sex masculin, la taţi şi în fratria probanzilor de sex feminin. Tulburările afective sînt mai frecvente la surorile şi mamele probanzilor masculini respectiv surorile probanzilor feminini.

De remarcat faptul că, atît în fratria probanzilor de sex masculin cît şi printre surorile probanzilor de sex feminin, se recunoaşte un exces de sociopatii.

În plus, un procent superior de stări morbide printre rudele de gradul II ale probanzilor încarcă tabloul psihopatologic general.

Dinamica internărilor în sectoare psihiatrice dezvăluie situaţii particulare, constanţă diagnosticului legat de consumul alcoolic constituind regulă doar pentru o parte dintre cazurile investigate. La specificarea tipului de afecţiune — primară sau secundară — s-a considerat şi acest aspect. (Desigur, dintre dificultăţile metodologice nu pot fi excluse cele care decurg din aplicarea deciziei de afecţiune „primară“ sau „secundară“, linia de separare între cele două categorii nefiind totdeauna clar trasată).

Totodată, este de reţinut faptul că alcoolismul poate fi manifest ca simptom a altor afecţiuni, de regulă tulburări afective sau psihopatii (alcoolism secundar) ; unii pacienţi depresivi pot bea pentru a-şi schimba caracterul stării lor în timp ce sociopaţii includ abuzul de alcool stilului lor de viaţă, antisocial. Faptul că doar alcoolismul primar ar deţine o predispoziţie genetică particularizează, în consecinţă, prognosticul şi răspunsul la tratament.

Ori, aşa cum se poate constata, riscurile pentru alcoolism în fratria masculină a probanzilor de ambele sexe sînt deopotrivă crescute, cu deosebire cînd afecţiunea este considerată primară. Mai mult, asocierile familiale între stări, semnificative în unele cazuri, nu par întîmplătoare ; între diagnosticul primar al probandului şi încărcătura psihopatologică a familiei corespondenţele pot fi frecvente găsite.

Aceste aspecte, pe de o parte, repartizarea diferită a tarelor psihice la rudele de ambele sexe (preponderente pentru tulburări afective la sexul feminin respectiv pentru alcoolism la sexul masculin) ale probanzilor alcoolici, pe de altă parte, ar putea exprima fie o diferenţă de frecvenţă cantitativă (una dintre genele răspunzătoare se exprimă doar la sexul masculin) fie o diferenţă calitativă (manifestare diferită la cele două sexe).

In acelaş context, reţinem din alte studii, că alcoolismul este mai pronunţat la taţii şi fraţii grupului cu tulburări afective comparativ cu seriile de control, deficitul tulburărilor afective diagnosticate la taţi fiind compensat prin alcoolism. Acesta din urmă, ar părea un „echivalent“ al, sau înlocuitor pentru bolile afective. Astfel că, după unele păreri, valorile sensibil apropiate ale cifrelor globale (alcoolism + tulburări afective) la membrii de ambele sexe ai familiei sînt suficient de semnificative pentru a se considera entităţile ca „simple aspecte ale aceleiaşi probleme“.

Asocierea între alcoolism şi sociopatii este mai lesne şi în primul rînd sesizată, cu preponderenţă la sexul masculin. Interferarea stărilor este frecventă. Rămîn de înţeles relaţiile de subordonare. Pentru că se descria adesea un alcoolism cu debut timpuriu, în mod aparent primar, la indivizi cu trăsături sociale deviante, posibil că trăsăturile de conduită în copilărie se constituie într-un element ce trebuie luat în consideraţie atunci cînd se încearcă raportarea la alcoolismul adultului.

Situaţiile însuşite din analiza tabloului psihopatologic a familiilor investigate supun totodată discuţiilor probleme legate de risc. Vîrsta relativ redusă a descendenţilor probanzilor alcoolici limitează însă numărul cazurilor de interes la cîteva excepţii. Dar, atît datele personale cît şi literatura, sînt suficient de convingătoare pentru afirmarea riscului crescut pentru alcoolism şi / sau alte tulburări din sfera afectivă şi psihopatică prin ereditate genetică, moştenibile fiind atît structurile deviante ale personalităţii cît şi apetenţa faţă de alcool. Dincolo de riscul biologic, cel care (mai ales pentru alcoolism) decurge din aşa numita ereditate culturală se constituie într-un factor suplimentar de risc, cu potenţial de influenţare defavorabil asupra descendenţei.

The families of 31 patients (probands) of both sexes, whose psychopathological disturbances derive from an excessive consumption of alcoholic drinks have been studied. The cases with a similar diagnosis (alcoholism) hold an important place, this affection being as a rule better represented by the fathers and brothers of the male probands and by the fathers and sibs of the female probands. Afective disturbances are more frequently met at the proband'sisters and mothers.

It's noticeable the fact that both in the case of the male probands'sibs and among the sisters of the female probands an excess of sociopathies comes into evidence.

The authors also underline the correspondence existing between the proband's first diagnosis and the psychopathological load of the family, an aspect revealing the existence of genetic interrelations between affections.

ASPECTE PSIHOPATOLOGICE, PATOMORFOLOGICE ŞI BIOCHIMICE ÎN EVOLUŢIA ŞI TRATAMENTUL DELIRULUI ALCOOLIC ACUT

N. Păruş, Carola Offenberg, M. Stanciu
— Iaşi

Delirium tremens apare ca cea mai răspîndită formă a psihozelor alcoolice acute, fiind accidentul cel mai grav al alcoolismului cronic.

După unii autori cca 20% din alcoolici cronici fac delirium tremens, însă datele mai recente limitează această afecţiune la 5%, fapt confirmat şi de observaţiile noastre.

Descrierea clinică a delirului alcoolic acut a fost făcută la începutul secolului al XIX-lea de către Sutton, iar etiologia alcoolică a fost precizată ulterior de Ràier Delirium tremens poate surveni după o perioadă de ingestie alcoolică abuzivă şi de durată, însă poate să apară şi în formele simple ale alcoolismului în cursul unor accidente, traumatisme grave craniene, maladii infecţioase, intervenţii chirurgicale, agresiuni stressante. traume psihice, îmbolnăviri ale tractusului gastro-intestinal, suferinţe cardio-vasculare, crize convulsive cît şi în orice stare de diminuare a rezistenţei organismului.

De asemenea un rol deosebit poate să-l prezinte sevrajul, prin întreruperea bruscă a consumului de băuturi alcoolice care, prin sindromul de abstinenţă realizat, poate duce la delirul alcoolic acut.

Din analiza datelor statistice şi a observaţiilor medicale privind internările într-un serviciu clinic de psihiatrie acuţi, bărbaţi, pe timp de doi ani 1978—1979, din spitalul „Socola" — Iaşi, se constată că în această perioadă din totalul de internări 4131 un număr de 1198, reprezentînd 29%, au fost bolnavi suferind de alcoolism, unii din ei prezentînd tulburări psihice.

Din aceştia cei cu delirium tremens au fost în număr de 63 (5,2%).

Nr. bolnavilor cu delirium tremens pe grupe de vîrstă (ani)

20—30	31—40	41—50	51—60	peste 60
2	20	25	13	3

Din totalul de 63 bolnavi cu diagnosticul de delirium tremens 3 (4,7%) au prezentat crize comiţiale, fără să fi avut în antecedente epilepsie. Delirul alcoolic acut (delirium tremens) se evidenţiază prin stare de agitaţie psihomotorie intensă şi dezordonată, anxietate, halucinaţii în special vizuale, onirism terifiant, tremor generalizat, transpiraţie accentuată, dezorientare temporo-spaţială, confuzie delirantă, sau delirant-onirică, vorbire dizartrică prin tremorul accentuat al buzelor.

În forma gravă de evoluţie a deliriumului tremens starea generală a bolnavului se alterează profund, contactul cu bolnavul devine imposibil, apare incoerenţa în vorbire, strigăte puternice fără legătură, sau un mormăit încet, mişcări dezordonate, obnubilare. Uneori, în formele de delirium tremens cu evoluţie favorabilă, după dispariţia tabloului psihopatologic acut şi îmbunătăţirea stării generale, se mai observă persistenţa tranzitorie a unui delir rezidual, bolnavul avînd o atitudine necritică faţă de trăirile halucinato delirante care au avut loc în perioada acută a psihozei.

Delirul rezidual nu se observă în evoluţia gravă a deliriumului tremens.

Patogeneza delirului alcoolic acut nu este încă pe deplin lămurită.

Majoritatea autorilor sînt de părere că în delirium tremens apar tulburări ale metabolismului protidic, lipidic, ale glucidelor şi electroliţilor. Un rol important în geneza acestor tulburări îl au leziunile hepatice, carenţe de vitamine, leziunile suprarenale, tulburările funcţionale hipotalamice. R. Coirault şi colab. consideră că la baza patogeniei deliriumului tremens se află un mecanism biologic şi bioelectric cu dezechilibru hidro-electrolitic, care în prima fază prezintă hipokaliemie, hipokaliurie şi creşterea potasiului intracelular, de asemenea se constată hiperprotidemie cu o hipergamaglobulinemie cît şi o hipoprotrombinemie, care indică suferinţă hepatică. În faza a doua, se constată o deshidratare celulară şi o creştere a catabolismului azotat.

Este cunoscut faptul că, în timpul impregnaţiei alcoolice în organism, se produce o importantă acumulare de acetaldehidă.

Towne J. C. menţionează că sistemul nervos aproape că nu utilizează alcoolul, dar oxidează activ acetaldehida. În acelaş timp acetaldehida se introduce competitiv şi alterează metabolismul aminelor biogene, producînd acumulare de forme aldehidice şi enolice. Astfel de modificări se produc, nu numai în funcţia hormonală, dar şi în funcţia mediatorie a aminelor biogene. Pe acest fond acţiunea stressului puternic duce la o suplimentare în eliminare de catecolamine şi probabil şi a altor amine biogene , care determină un cerc vicios metabolic şi pot produce o blocadă parţială sau disfuncţie a sinapselor.

O serie de autori subliniază că tulburarea funcţiei ficatului prezintă o importanţă patogenică de bază pentru dezvoltarea deliriumului tremens şi că alcoolul sensibilizează numai creierul la acţiunea substanţelor toxice, apariţia cărora este condiţionată de modificarea funcţiei hepatice, existînd deci legătura între lezarea gravă a ficatului şi dezvoltarea delirului alcoolic acut.

Actualmente nu sînt date suficient pentru a se putea face aprecieri concludente, atît în ceea ce priveşte condiţionarea delirului alcoolic legat de suferinţele hepatice, cît şi invers despre o lezare secundară a ficatului, produsă de starea toxică. care condiţionează delirul.

Din studiul tulburărilor diverselor metabolisme nu s-au putut găsi modificări esenţiale cu valabilitate generală care să ducă la elucidarea trecerii alcoolismului cronic în psihoză alcoolică.

Kiriac V. A. în observaţiile efectuate la bolnavii cu delirium tremens constată o corelaţie între dinamica manifestărilor psihopatologice şi gravitatea tulburărilor somatovegetative, pe de o parte, cît şi intensitatea şi durata reacţiei febrile, pe de altă parte.

Funcţionarea normală a mecanismelor de termoreglare, după cum se ştie, contribuie la menţinerea homeostaziei organismului. În producerea tulburării echilibrului său pot fi, nu numai factori somatici. dar şi reacţiile patologice de natură psihică.

Factorul hipertermic ar avea şi el un rol suplimentar de natură stressantă în dezvoltarea deliriumului tremens, neavînd o acţiune specifică.

Excitaţia centrului de termoreglare se întîlneşte frecvent în alcoolism, de asemeni tremorul poate fi privit ca un act al termoreglării. În delirium tremens metaboliţii toxici duc frecvent la creşterea temperaturii. În cazurile observate de noi 42% din bolnavii cu delirium tremens au prezentat stări febrile între 37,5°—40°.

Studiul patologic al delirului alcoolic acut şi a evoluţiei sale la bolnavi cu reacţii febrile a scos în evidenţă atît agravarea simptomaticei psihopatologice cît şi a celei somato-vegetative apogeul atingînd febra de 39°—40°.

Paralelismul între tulburările de conştiinţă ale delirului alcoolic acut, care se desfăşoară după varianta febrilă cu accentuarea tulburărilor de termoreglare cît şi disfuncţiile vegetative pledează pentru geneza lor unică, subliniindu-se rolul formaţiei reticulate în procesele de termoreglare.

Frolov R. S. şi colab. pe baza unor cercetări imunologice şi biochimice efectuate la bolnavii cu delirium tremens menţionează, că rezultatele obţinute permit o presupunere că, în patogeneza deliriumlui tremens, un loc important îl ocupă procesul acut destructiv, în deosebi, cu localizare extracerebrală. În aceste situaţii un rol deosebit îl au atît tulburările cronice în diferite organe şi sisteme specifice alcoolismului, cît şi tulburările accentuate în mod deosebit din partea ficatului.

Formele grave ale deliriumului tremens pot avea un sfîrşit letal.

Mortalitatea în aceste cazuri după datele diverşilor autori oscilează între 0,2—40%. În observaţiile noastre am constatat un procent de 4,7% decese în delirium tremens. Toţi bolnavii decedaţi au prezentat şi afecţiuni somatice pulmonare, cardio-vasculare, hepatice renale etc. Valorile diferite de mortalitate, în special cele ridicate, sînt probabil datorite faptului că unii autori includ printre cazurile de delirium tremens şi pe bolnavii cu delir alcoolic subacut şi delir alcoolic iminent (predelir).

Tabloul clinic al predelirului se evidenţiază în deoseb i prin tremurături ample şi întinse ale extremităţilor ,insomnie robelă, tulburări vegetative foarte exprimate, anxietate.

Delirul alcoolic subacut apare în general la bolnavi după o perioadă mai îndelungată de impregnaţie alcoolică. Ca aspect clinic este o formă mai uşoară de boală faţă de delirium tremens. În tabloul clinic se observă cel mai frecvent un sindrom oniroid, sau uneori confuzivo delirant care apare în cursul nopţii şi dispare ziua.

Kolotilin G. F. menţionează că cu toată diversitatea şi polimorfismul simptomatic observate în tabloul clinic al delirului alcoolic letal, este dificil a separa unele simptome care să aibă o importanţă prognostică absolută (excluzînd simptomele preagoniale).

Patomorfologia delirium-lui tremens este încă insuficient lămurită existînd păreri contradictorii în această privinţă.

Astfel Zahrd G. consideră ca substrat morfologic al delirului alcoolic acut desintegrarea granulară şi degradarea vacuolară a neuronilor. Alţi autori găsesc leziuni cu precădere în zonele trunchiului cerebral, hipotalamice.

Din datele prezentate de Zapolskii şi colab. modificările histopatologice din creier în delirium tremens erau exprimate mai mult în scoarţa polului anterior al emisferelor cerebrale.

Elementele gliale ale creierului se găseau în stare de poliferare, observîndu-se, totodată, şi moderate modificări distrofice.

Ca semn al acţiunii toxice nocive a ţesutului cerebral, apare tumefierea celulelor nervoase, desintegrare granulară şi citoliză, în deosebi a celulelor piramidale ale scoarţei, a celulelor lui Purkinje şi a nucleului dinţat al cerebelului, clazmatodendroza astrocitelor. Frecvent apăreau modificări ale capilarelor ţesutului cerebral.

Boudin G. consideră delirium tremens ca o fază de nelinişte, de alarmă a sindromului general de adaptare (după Selye). Din punct de vedere histofiziologic pentru starea de stress este caracteristică activarea nucleilor neurosecretori.

La examenele anatomo-patologice efectuate de Smirnova I. M. pe cupele secţionate recoltate de la bolnavii cu delirium tremens decedaţi în majoritatea cazurilor se găsea reţinerea de neurosecreţie în pericarionul celulelor neurosecretorii, în timp ce neurohipofiza reprezentînd rezervorul neurosecreţiei era golită, iar corticosuprarenala era sărăcită de lipoizi, reacţia glandelor endocrine studiate fiind adecvată stării de stress. Stimularea hipotalamică în aceste cazuri era tulburată.

Se menţionează că pe baza datelor morfologice obţinute se poate afirma că delirul alcoolic reprezintă în sine o encefalopatie cu sumaţia modificărilor acute vasculare şi celulare, însoţită de proliferarea tuturor elementelor gliale cît şi insuficienţa reacţiilor neuroendocrine de adaptare.

Procesul patologic al delirului alcoolic are un caracter difuz, neavînd o localizare precisă.

Nu s-a putut stabili o corelaţie între particularităţile clinice şi modificările acute şi cronice în tabloul morfologic. Modificările descrise însă în delirium tremens se diferenţiază de cele din encefalopatia Wernike şi din psihoza Korsakov.

În delirium tremens se utilizează un tratament complex urmărind:

a) Reechilibrarea hidroelectrolitică prin perfuzie şi atunci cînd este posibil cu apă minerală, sucuri de fructe, ceai îmbogăţit cu NaCl şi KCl, după caz. Reproteinizare, vitaminizare, uneori insulină, protective hepatice, antibiotice, analeptice, cardiotonice.
Unii autori recomandă şi transfuzii de sînge izogrup în număr de patru cîte 100—125 ml/zi, ACTH în doze de 25 unităţi intramuscular o dată sau de două ori pe zi.
Alţii utilizează hemosorbţia ca metodă efectivă în terapia de dezintoxicare.

b) Terapia sedativă: — Diazepamul (valium) apreciat de majoritatea autorilor ca un medicament avînd o acţiune eficace şi rapidă în tratamentul deliriumului tremens ducînd la dispariţia rapidă a agitaţiei şi la reducerea fenomenelor confuzo-onirice şi vegetative, fapt confirmat şi de observaţiile noastre. — Hemineurina (clormetiazolul) este apreciat ca cel mai eficace tratament utilizat în delirium tremens avînd o acţiune sedativă, hipnogenă şi anticonvulsivantă legată de porţiunea tiazolică a tiaminei.

Dintre neurolepticele majore menţionăm: haloperidolul, plegomazin etc. În scop sedativ, au mai fost folosite tioridazina (melleril), meprobamat etc.
În tratamentul de întreţinere pe lîngă terapia sedativă. se asociază psihoenergizante, psihostimulante (glutarom, meclofenoxat, enerbol etc.).

CONSIDERAŢII PRIVIND REZULTATELE TRATAMENTULUI PARENTERAL CU SOLUŢII HIDROELECTROLITICE CU GRUPĂRI TIOLICE (SH) ÎN ALCOOLOFILIE

P. Brânzei, Carola Offenberg, N. Păruş, M. Stanciu, Georgeta Rotaru, Dalila Ştirbu
— Iaşi

În lucrările anterioare subliniam amploarea preocupărilor în găsirea modalităţilor celor mai eficiente de stingere sau blocare a alcoolofiliei, dat fiind problematica complexă ridicată de alcoolism prin implicaţiile sale negative biologice, psihologice, sociale.

În întreaga lume se constată creşterea îngrijorătoare a tendinţelor narcofilice. În ceea ce priveşte alcoolismul, un studiu efectuat în Franţa evidenţiază o creştere marcată apreciindu-l mai grav chiar decît drogomania.

Alcoolismul considerat de Fox a patra problemă de sănătate publică după bolile cardio-vasculare, mentale şi cancer, numai în Franţa înregistrează anual circa 20.000 de decese. De alt fel, ea deţine recordul mondial şi în ceea ce priveşte consumul de alcool pe cap de locuitor (16 litri de alcool de persoană anual). Tot în această ţară 85% din accidentele rutiere, 15% din invalidităţi şi 17% din crime sînt consecinţa alcoolismului.

Aceeaşi creştere a incidenţei morbidităţii prin alcoolism, se remarcă şi în ţara noastră. Astfel, în Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola“ Iaşi în perioada anilor 1961—1965 au fost internate 2206 cazuri cu diferite forme de alcoolism, cifra crescînd în perioada 1966—1970 la 3651 cazuri, ajungînd în ultimii 5 ani la peste 5000 de internări pentru alcoolism. Numai în serviciul clinic I. barbaţi — serviciu cu 120 de paturi — la un total de 4131 de bolnavi internaţi în 3 ani. 1198 reprezintă internări pentru diverse forme de alcoolism, ceea ce procentual corespunde la 29% din totalul internaţi.

Dealungul timpului, în alcoolism s-au folosit felurite scheme terapeutice, toate convergînd spre crearea de inapetenţă, sau pentru diminuarea ei.

Unele rezultate s-au obţinut cu apomorfină, cu disulfiram, meprobamat şi metronidazol. Dar, din păcate trebuie să recunoaştem că nici una din metodele terapeutice aplicate pînă în prezent nu au rezolvat problema alcoolismului. Cu toată eficacitatea condiţionării repulsive la alcool prin disulfiram, gama largă a contraindicaţiilor, incidentele neplăcute care apar şi riscul psihozelor toxice îl fac să fie folosit mai rar. Pe linia cercetării în vederea găsirii celor mai eficiente mijloace de tratare cît şi de prevenire a recăderilor în alcoolism, am iniţiat un studiu privind rezultatele terapeutice printr-o nouă metodă, pusă la punct de unul din noi în ultimii ani în Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola“ Iaşi, care de alt fel a fost obiectul mai multor comunicări la diferite manifestări ştiinţifice — Metoda constă în administrarea unei substanţe pe bază de ape minerale cu concentraţie ridicată de grupare tiolică (SH). folosind apa naturală a izvorului Nicolina Iaşi, cu o mineralizare totală de 12879 mg‰ şi grupare SH 93 mg‰, substanţă pe care codificat am numit-o SH.

Prezenta lucrare a urmărit un număr de 350 bolnavi internaţi în anii 1978 şi 1979 în serviciul clinic I. bărbaţi (alte lucrări comunicate cuprind perioade premergătoare acestor ani).

Cazuistica noastră se referă la diverse forme de alcoolism (alcoolism cronic, dipsomanie, alcoolism cu tulburări de comportament, alcoolism pe fond psihopat, delir alcoolic subacut, diverse alte afecţiuni psihice însoţite de alcoolism).

Bolnavii luaţi în studiu pot fi grupaţi în 2 categorii :

A) pacienţi la prima internare în spital cu diagnosticul de alcoolism, cărora li s-a recomandat tratamentul cu SH.

B) pacienţi cu 2 sau mai multe internări în spital pentru alcoolism şi care pot fi clasaţi în două subgrupe : 1. pacienţi care au mai urmat tratamentul cu SH şi 2. pacienţi la care alte scheme terapeutice au eşuat şi cărora li s-a început tratamentul cu soluţie SH.

Criteriul de selecţie iniţial s-a orientat la acea categorie de alcoolici care prezentau contraindicaţii pentru alte tratamente (în speţă pentru disulfiram) cum ar fi : boli somatice (digestive, hepatice, cardiace, renale) sau diverse afecţiuni psihice, însoţite de consum abuziv de alcool.

Ulterior, s-a extins administrarea la toate categoriile de etilici, chiar fără suferinţe somatice, motivat de uşurinţa administrării preparatului, dublată de o bună toleranţă.

Din totalul de 1198 de cazuri de alcoolism internaţi în perioada la care ne-am referit în serviciul clinic. I. bărbaţi prezentăm rezultatele terapeutice la 350 de cazuri bărbaţi cuprinşi între vîrsta de 20—60 ani, dintre care 293 provin din mediul urban, 57 din mediul rural.

Pe profesii avem următoarea situaţie : muncitori 82, tehnicieni 89, cu studii superioare 24, funcţionari 47, elevi, studenţi 7, pensionari 30 (din care 12 pensionari medicali), neîncadraţi în muncă 14, C.A.P. şi gospodării individuale 57.

Pe grupe nozologice : etilism cronic 97, intoxicaţie etilică acută 18, dipsomanie 43, etilism cu tulburări de comportament 63, etilism pe fond psihopat 67, delir alcoolic subacut 13, etilismul asociat altei afecţiuni psihice 49 din care : 8 schizofreni, 7 psihoză maniaco-depresivă, 10 epilepsii, 7 sechele după traumatism cranio-cerebral, 17 diverse forme de nevroze.

Iniţial, tratamentul cu soluţie hidroelectrolitică SH, s-a folosit în următoarea schemă : administrarea intramusculară a 2 cm. de soluţie crescînd zilnic doza cu 2 cm pînă la 16—30 cm total şi apoi descrescînd cu cîte 2 cm. Concomitent am administrat intravenos soluţie etanolică 4% pe suport de glucoză în acelaşi ritm de creştere zilnică de la 2 cm la 16 cm şi apoi de scădere a dozelor pînă la 2 cm.

Ulterior, am administrat o schemă unică numai de soluţie hidroelectrolitică în dozele mai sus enunţate fără a mai administra şi soluţie etanolică.

SH-ul este preparat în laboratorul clinic al Spitalului Clinic de Psihiatrie „Socola" Iaşi în condiţii optime de sterilizare, avînd o valabilitate nelimitată.

Am asociat tratamentul cu soluţie SH, vitaminoterapie predominent din grupul B, sedative şi tranchilizante şi, la necesitate, neuroleptice. La cazurile de predelir alcoolic sau la cele cu marcat eretism vegetativ, într-o primă etapă s-a procedat la reechilibrarea biologică după care s-a administrat soluţie SH.

La începutul tratamentului, în timpul şi la terminarea acestuia, am urmărit constantele biologice (sumar de urină, hemoleucograma, VSH, transaminaza, aldolaza, proteinemie, ureea, clorurile, glicemia, ionograma), precum şi EKG şi EEG, radioscopia pulmonară. De asemenea la un număr de 43 de cazuri am investigat personalitatea prin chestionarul MMPI care ne-a evidenţiat tendinţe nevrotice la 9 cazuri, deviaţie psihopatică la 27 cazuri, tendinţă la introversiune socială la 7 cazuri, psiho-diagnosticul fiind concordat cu diagnosticul clinic. Din totalul de 350 cazuri, am fost nevoiţi să întrerupem tratamentul la un număr de 11, datorită apariţiei unor afecţiuni intercurente (pneumopatii, abcese dentare, erizipel etc). Unele din cazurile studiate făceau obiectul unei expertize medico-legale psihiatrice pentru diverse infracţiuni cum ar fi : furt şi tîlhărie, ultraj contra bunelor moravuri şi vagabondaj, viol, vătămare corporală sau chiar crimă.

Discernămîntul a fost modificat la trei cazuri diagnosticate prin internări anterioare ca schizofrenii la care alcoolul a favorizat trecerea la actul infracţional şi la două cazuri diagnosticate ca beţie patologică pe fondul unui traumatism cranio-cerebral şi crize comiţiale cu modificări EEG.

Din cercetarea noastră prezentă, cît şi din celelalte anterioare, rezultă că soluţia este bine tolerată de organism fără a prezenta contraindicaţii, singurele fenomene secundare constatate după administrare fiind uşoare stări subfebrile, dureri la locul injecţiei, cefalee, frisoane, senzaţie de greaţă care au cedat rapid după 1—2 zile.

Rezultatele obţinute pot fi apreciate astfel : — foarte bune — care au constat în reechilibrarea biologică dispariţia labilităţii neurovegetative, revenirea apetitului, repulsie marcată faţă de alcool — 82 cazuri ; — bune — disporiţia labilităţii vegetative şi a apetitului pentru alcool, revenirea somnului, a apetenţei, dispariţia cefaleei 157 cazuri ; — mediocre 73 cazuri ; — nule 27 cazuri.

La 11 pacienţi am întrerupt tratamentul din motivele enunţate mai sus.

Rezultatele mediocre obţinute au constat din dispariţia apetitului pentru alcool de scurtă durată 2—7 săptămîni. În ceea ce priveşte rezultatele nule, acestea eşuaseră, de altfel, şi în alte scheme terapeutice. Acestea se referă în special la personalităţile psihopate cu accentuarea trăsăturilor dizarmonice după ingestia de alcool şi la o parte din bolnavii încadraţi în grupa rezultatelor foarte bune şi bune, urmărirea catamnestică a evidenţiat că repulsia la alcool a fost limitată între 2—3—4 luni, ceea ce subliniază, încă o dată faptul, că în ceea ce priveşte condiţionarea repulsivă la alcool nu s-a găsit încă cea mai bună soluţie.

Cu toate acestea, fără a fi extremişti în a considera schema noastră terapeutică drept cea mai bună pornind de la principiul hipocratic „primum non nocere", o recomandăm pentru următoarele considerente :

1. uşurinţa preparării şi administrării,
2. absenţa contraindicaţiilor,
3. lipsa fenomenelor secundare şi bună toleranţă din partea organismului.
4. economicitatea.

În perspectivă poate fi luată în studiu posibilitatea administrării ambulatorii în serviciile de sănătate mintală, evitînd aglomerările în spital prin ocuparea unui pat cu cheltuielile inerente, absenţele de la locul de muncă, acest procedeu terapeutic fiind şi în avantajul pacientului prin remunerarea integrală şi totodată neperturbînd buna desfăşurare a procesului productiv.

POSIBILITĂŢI ACTUALE ÎN TRATAMENTUL ŞI RECUPERAREA BOLNAVILOR ALCOOLICI

Aurelia Sîrbu, Lia Glodan, Emilia Cătinaş
— Cluj-Napoca

Statisticile OMS ilustrează morbiditatea prin alcoolism în continuă creştere, motiv pentru care alcoolismul este în atenţia cercetătorilor din diferite specialităţi medicale.

Conceptul de alcoolism, face parte din problemele de medicină în general din care, medicul psihiatru reprezintă unul din membrii acestei echipe. Medicina modernă presupune în orice boală o interferenţă de mijloace şi metode cu bilanţuri periodice pentru evaluarea etapei şi intrarea într-un nou model dat fiind că alcoolismul, necesită un tratament de durată cuprins între 2—3 ani de zile. Instituirea programului terapeutic în recuperabilitatea alcoolicului este absolut necesar în obţinerea rezultatelor pozitive, cu implicarea lui activă şi conştiinţă. Şansele de recuperare a bolnavilor alcoolici vor fi cu atît mai mari, cu cît se preconizează instituirea acestor programe terapeutice în evoluţie, în funcţie de etapa bolii, consemnate în fişe, elaborate în clinică. Astfel în prima etapă, corespunde cu momentul inserţiei bolnavului în tratament. Este perioada de sevraj, faza de tratament de urgenţă sau desgust. Aceasta se desfăşoară în cadrul spitalicesc unde se aplică o terapie medicamentoasă, psihoterapie individuală şi apoi de grup, care are ca scop propunerea unei vieţi normale şi sănătoase fără consum de alcool. Bolnavului i se vor prezenta în faţă, realitatea şi consecinţele medicale şi sociale ale consumului de băuturi alcoolice, făcîndu-l să înţeleagă că nu are de ales decît una din cele două soluţii : să accepte tratamentul şi să renunţe la consumul de alcool sau să devină un „pierdut" biofiziologic familial şi social. Perioada de ieşire din urgenţă, de consolidare a primelor rezultate şi parcurgera perioadelor de abstinenţă. Aceasta este perioada tratamentului intensiv care are caracterul de grup, la el participînd şi anturajul bolnavului. În această etapă se insistă asupra celor trei forme de activitate : activitate educativă cu obligaţia bolnavului, familiei şi a terapeutului de a participa la şedinţe de informare elementară asupra alcoolismului şi igienei mentale ; activitatea psihoterapeutică şi socioterapeutică care are drept scop cunoaşterea bolii ; psihoterapia de grup reprezintă o metodă terapeutică necesară în rezolvarea cît mai umană a apelului bolnavului aflat în impas, bucurîndu-se de un mare interes din partea acestora, mai ales cu ocazia discuţiilor purtate în urma parcurgerii prealabile şi a discuţiilor în grup a materialului educativ „scrisori pentru alcoolici" (Fouché), precum şi demonstrarea şi discutarea unor cazuri tipice de psihoze alcoolice, sau discuţii cu bolnavi care se prezintă la controlul periodic lunar. Activitatea sociorecreativă ce constă în comunicări recreative, vizionarea de filme de educaţie sanitară cu tematică axată pe combaterea alcoolismului, vizionarea de expoziţii, activităţi organizate în cadrul clubului din incinta clinicii. Această fază se termină cu un bilanţ personal şi un plan de viitor. În această etapă s-a realizat un minimum terapeutic care constă în : abstinenţă mai îndelungată, ameliorarea stării fizice şi psihice, o modificare a comportamentului patologic, o rezolvare a problemei familiale. Este faza în care bolnavul, familia, colaboratorul cheie şi terapeutul sînt solicitaţi la maximum. Etapa III, este perioada de resocializare şi readaptare. Alcoolicul şi familia sa revin la o viaţă normală fără alcool. Bolnavul ajunge pasiv la o resocializare intensivă şi multilaterală. Atît bolnavul cît şi familia sa ajung la o maturitate psihică şi socială necesară înţelegerii situaţiei. Această fază, ar corespunde cu postcura, cînd bolnavul este predat cu program terapeutic medicului de întreprindere, policlinicii teritoriale sau LSM, urmînd să participe la controlul lunar în primul an, bilunar în al doilea şi trimestrial în al treilea an de la externare. Catamnestic avem în evidenţă bolnavi în proporţie de 65% care participă la acest control, cei care abandonează controalele, de obicei recidivează, necesitînd reinternări.

Menţionăm că tratamentul se aplică individualizat în funcţie de trăsăturile personalităţii alcoolicului, motivaţiei şi a unor alţi factori familiali, sociali, profesionali, stressuri, etc., care pot contribui la apariţia recidivelor. Ţinînd cont că în accepţiunea modernă, alcoolismul, este considerat ca o alcoolomanie, deci expresia unei personalităţi anormale mai frecvent psihopate, măsurile de psihoterapie, au un dublu scop — acela de a trata şi de a influenţa dezvoltarea armonioasă a trăsăturilor de caracter şi personalitate. Faza finală, reprezintă perioada de normalizare şi stabilizare. Bolnavul şi familia sa, evoluează progresiv, spre stadiul de echilibru, spre independenţă completă. Este momentul cînd terapia după o durată de 2—3 ani a luat sfîrşit.

Concluzii. Alcoolismul reprezintă una din marile probleme în care asistenţa medicală este chemată să-şi spună un cuvînt greu, atît în ansamblul de măsuri pentru profilaxie cît şi în tratament.

Astăzi, orice asistenţă a unui bolnav alcoolic se centrează, pe angajarea activă a celui în cauză, care trebuie să fie implicat şi să participe conştient în recuperarea sa.

Alcătuirea unui program terapeutic, de etapă, cu analiza în funcţie de rezultatele preliminare, asigură în tratamentul de cursă lungă al alcoolicului şi totodată permite profilaxia, dacă nu secundară cel puţin terţiară.

Cazurile urmărite catamnestic au demonstrat deosebita însemnătate a cooperării bolnav, medic, familie, în cursa lungă de recuperare a alcoolicului.

Modern medicine implies in any illness an interference of means and methods with periodical balances, in order to evaluate the stage and the moment of entering a new model, since alcoholism needs a lasting treatment, between two and three years.

Alcoholism represents one of the major problems where medical assistance has to play an important role in both the system of prophylactic measures and the treatment.

Today, any assistance of an alcoholic patient is centred on the active engagement of that patient, which must be involved and participate conseciously in his (her) recovery. The establishement of a stage therapeutical programme with analysis as a function of the preliminary results assures and allows, if not a secondary, at least a tertiary prophylaxis, in the long range treatment of the alcoholic patient.

The cases surveyed demonstrated the special importance of the cooperation between the patient, doctor and family in the long run for the recovery of the alcoholic patient.

TRATAMENTUL ŞI READAPTAREA ALCOOLICILOR

Aurelia Cozac, A. Cozac
— Cluj-Napoca

Din definiţia OMS reiese că „alcoolicii cronici sînt persoane care consumă, excesiv şi fără control, băuturi alcoolice şi a căror dependenţă faţă de alcool a dus la consecinţe negative pentru sănătatea lor psihică şi fizică precum şi la urmări negative asupra raporturilor interpersonale, familiale şi sociale".

În termeni medicali alcoolismul poate fi considerat un sindrom cuprinzînd — leziuni somatice (la nivelul ficatului, stomacului, a nervilor periferici, etc.); tulburări psihice interesînd toate funcţiile psihice, însă personalitatea este cel mai tipic degradată, în sensul deteriorării morale şi caracteriale. Bolnavul devine asocial, iresponsabil faţă de el însuşi, de familie şi anturaj, etc. După un lung consum pot apare grave tulburări psihice, cum sînt psihozele alcoolice pînă la demenţa alcoolică; — dificultăţi familiale — în care raporturile familiale sînt tulburate; — probleme profesionale — capacitatea şi eficienţa sînt reduse (cantitativ şi calitativ) iar relaţiile interpersonale sînt dezorganizate. Alcoolismul apare la vîrsta cînd omul este cel mai activ şi productiv. Alcoolicul pierde 2—3 luni active pe an, putîndu-se acumula pînă la 8—10 ani în cursul vieţii sale; — dificultăţi sociale — neglijînd principiile de viaţă în societate ajunge la o completă degradare socială.

Deci se poate afirma că alcoolismul este o boală extrem de complexă cu simptome de natură medicală şi socială, cu evoluţie cronică şi progresivă. Rezultă că şi tratamentul alcoolismului este complex şi multidimensional cuprinzînd măsuri biologice, medicale, psihiatrice, psihologice, sociale, pedagogice.

Tratamentul modern, complex combină paralel şi simultan toate metodele şi măsurile cele mai eficace. În condiţiile actuale alcoolismul este o boală curabilă şi poate fi tratat ca şi celelalte boli cronice dacă se respectă cîteva principii.

Întrucît nu există un medicament universal şi eficace pentru tratamentul alcoolismului este necesar a îmbina toate metodele medicale, psihiatrice, psihologice, sociale, pedagogice. Tratamentul trebuie făcut timp îndelungat, deoarece nu este uşor de readaptat un alcoolic cronic la o viaţă normală. După tratamentul complex, activ din condiţii de spital, urmează tratamentul de postcură, care durează ani. Scopul principal al tratamentului este de a nu permite bolnavului reîntoarcerea la alicool, de a nu recidiva. Tratamentul de postcură poate hotărî viitorul bolnavului alcoolic şi pentru aceasta LSM-ul, Policlinica, dispensarele sînt a doua verigă, tot atît de importantă ca şi secţia cu paturi în tratamentul alcoolismului cronic. Abstinenţa nu este suficientă, alcoolicul trebuie readaptat complet — psihic, fizic, familial, profesional şi social. În alţi termeni tratamentul bolii este o reeducare. Alcoolicul trebuie să trăiască normal, fără alcool, deci trebuie să-şi schimbe radical comportamentul.

Pe lîngă alcoolicul cronic, şi anturajul trebuie să fie educat în problema alcoolismului, deoarece cunoaşterea acestor probleme este o garanţie a unui efort eficace în cursul tratamentului.

Terapia implică prezența psihiatrului, dar nu este suficientă. Este necesară munca în echipă (medici generaliști, psihiatri, psihologi, sociologi, asistență socială). În această echipă, rolul psihiatrului nu poate fi nici ignorat, subapreciat sau minimalizat, dată fiind ponderea însemnată a factorilor biopsihologici ce concură la apariția bolii. Dacă se neglijează aspectele psihiatrice ale alcoolismului, tratamentul poate fi ineficace.

Tratamentul trebuie să se facă individualizat, fiecare bolnav fiind considerat un caz special. deoarece există diferențe între bolnavii alcoolici (vîrsta, statutul social, cauzele care au determinat apariția bolii, gravitatea bolii etc.).

Succesul tratamentului în alcoolism nu poate fi obținut, decît dacă se aplică o anumită metodologie. Avînd în vedere că, în Clinica Psihiatrică Cluj-Napoca, alcoolismul reprezintă o cauză importantă de morbiditate, situîndu-se, după ultimele statistici, în primele 5 locuri, există o preocupare deosebită pentru tratamentul alcoolicilor. În acest sens prezentăm cîteva date asupra metodelor folosite în tratamentul alcoolismului la bolnavii internați pe perioada 1.X.1979—31.III.1980 pentru cură de dezgust la Pavilionul III, unde se face acest tratament. În studiu nu sînt cuprinse femei.

În această perioadă au fost tratați 57 de bolnavi alcoolici. Din cei 57 de bolnavi, majoritatea — 40 (72%) au vîrsta între 31—50 ani ceea ce concordă cu datele din literatură. 12 bolnavi au vîrsta între 21—30 ani și 5 bolnavi peste 50 ani. Cei mai mulți au necesitat o spitalizare între 18—22 zile, dar au fost și cazuri care au necesitat 60—70 zile de spitalizare, din cauza complicațiilor somatice pe care le prezentau. Menționăm că 50 de bolnavi au avut, la această internare, între 30—65 zile C.M. în ultimele 12 luni. În privința diagnosticului, din cel 57 de cazuri, la 36 diagnosticul stabilit a fost Alcoolism cronic formă beta, la 12 cazuri — Alcoolism cronic pe fond psihopat, iar în 9 cazuri alcoolismul cronic a fost asociat cu boli organice — HTA, arterită obliterantă, miocardiopatie cronică, ulcer gastric sau duodenal, bronșită cronică, fibroză pulmonară, epilepsie.

Tratamentul s-a desfășurat în mai multe etape, aplicînd o anumită metodologie. S-a considerat obligatorie acceptarea tratamentului din partea bolnavilor, care majoritatea s-au internat după o lungă perioadă de ezitare. Majoritatea au acceptat internarea datorită multiplelor probleme profesionale, familiale, sociale sau de sănătate somatică și psihică. De fapt sînt excepționale cazurile care vin din proprie inițiativă. Tratamentul s-a derulat paralel cu anumite examinări complementare — examen somatic, psihologic, anchetă socială și examinări obligatorii — T, TA, Gr. corporală, funcțiile ficatului, EKG, la care s-a adăugat după caz Rx pulmonar. examen F.O., EEG.

Detoxifierea s-a făcut la începutul tratamentului cu vitamine din grupul B (B_1, B_6) vit. C, glucoză 33% i.v., pentru a neutraliza efectele toxice ale alcoolului, rehidratarea perorală și parenterală, pentru restabilirea bilanțului hidric. Pentru atenuarea fenomenelor de abstinență s-au administrat medicamentele psihotrope-tranchilizante — meprobamat la 39 (70%) dintre bolnavi în doze de 2,4—3,2 g/zi. La 15 (26%) bolnavi meprobamatul s-a asociat cu propranolol (30 mg/zi). La doi bolnavi s-a administrat numai propranolol. La un bolnav s-a administrat diazepam (30 mg/zi). S-au asociat de la începutul tratamentului și procedee psihoterapeutice — psihoterapie individuală și de grup, avînd ca scop cunoașterea motivației consumului, cît și a acceptării tratamentului de dezgust. S-a trecut la etapa tratamentului activ, în care angajarea bolnavului trebuie să fie totală. Am continuat psihoterapia de grup în scopul ca bolnavii să-și facă o imagine completă asupra bolii, a consecințelor consumului de alcool, cît și a conduitei terapeutice. Din punct de vedere medical în această perioadă am făcut cura de dezgust propriu-zisă. În cazul bolnavilor la care în urma examinărilor nu s-au găsit boli organice asociate care să constituie o contraindicație, crearea reflexului de aversiune s-a făcut cu preparatul Antalcool tablete a 500 mg.

Disulfiramul (antalcool. antabus, TTB, B_3, B_4) se prezintă sub formă de comprimate 0,50 g disulfiram sau sub formă de comprimate sterile — pentru implant 0,10 g. Se mai găsește sub denumirea disulfiram B_3 care conține 50 cg disulfiram și 0,3 mg nicotinamidă, și B_4 care conține 50 cg disulfiram și 0,5 mg adenină. În ce privește mecanismul de acțiune se acceptă două ipoteze — pe de o parte, prin modificarea metabolismului alcoolului cu creșterea marcată în sînge a aldehidei acetice ca urmare a blocării enzimei aldehidehidrogenază. Hiperacetaldehidemia ar fi responsabilă de starea de rău. Pe de altă parte, formarea sau eliberarea de mediatori biogeni printre care cel mai important este serotonina. Eliberarea mediatorilor biogeni în sînge ar fi responsabilă de tulburările vegetative care apar în timpul curei. Timp de 4—5 zile s-a administrat 1 g antalcool pe zi în două prize, apoi s-a administrat dimineața 1 g antalcool și vitamina PP și la interval de 1 1/2—2 ore bolnavii au ingerat băutura preferată în cantitate de 150—200 ml. La toți bolnavii a apărut reacția alcool-disulfiram de diferite intensități. Intensitatea maximă a reacției a fost la 2 ore și a durat pînă la 5 ore. Bolnavii au făcut 3—4 probe de dezgust la interval de 2 zile în funcție de intensitatea reacției.

La bolnavii cu contraindicații la administrarea disulfiramului (cardiopatie ischemică, HTA, complicații neurologice ale alcoolismului, ulcer gastric sau duodenal, comițialitate), pentru crearea reflexului de dezgust s-a administrat Metronidazol tablete 250 mg în doze crescînde pînă la 10 tb/zi. apoi doze descrescînde rămînînd 1 tb/zi — întreținere ambulator. Metronidazolul produce reacția de dezgust și reducera apetenței față de alcool de tip disulfiramic, dar fără efecte secundare. La acești bolnavi care au fost tratați cu metronidazol li s-a asociat tiosulfat de Na 10% fiole a 10 ml i.v. 1 fiolă/zi, 8—10 zile, bazîndu-ne pe efectul de desensibilizare și antitoxic al acestui medicament. Acestor metode medicamentoase le-am asociat psihoterapia de grup. Grupul a fost deschis, format din 6—10 bolnavi, efectuîndu-se două ședințe pe săptămînă. Noi am folosit ca punct de dezbatere „Scrisorile pentru alcoolici“ după Fouquet. Prin transferul care s-a realizat din partea bolnavilor, tratamentul a fost influențat în mod evident.

Psihoterapia de grup s-a dovedit a avea numeroase avantaje comparativ cu cea individuală prin — influența grupului asupra individului, identificarea în sensul descoperirii și la alți bolnavi a unor probleme aproximativ identice ; — sprijinul reciproc care permite bolnavului să exprime ceea ce singur de multe ori nu o face ; — multiplicitatea țintelor, care permite devierea discuțiilor asupra participanților și prin aceasta reducerea egală a anxietății ; — fenomenul de cataliză, fiecare participă, activează prin discuții pe alții, și astfel în grup rezistențele sînt reduse. ceea ce explică și interesul metodei.

Am ținut de asemenea legătura cu un colaborator „cheie“ din familie, care poate avea rol hotărîtor în menținerea abstinenței și care, întotdeauna, ne-a fost de un real folos în tratamentul și readaptarea alcoolicului.

Pe lîngă aceste metode bolnavii au participat în Clinică la activitatea Clubului terapeutic — audiții muzicale, jocuri distractive, prezentări de filme. Mai puțin am folosit metoda ergoterapiei.

Etapa a doua a tratamentului activ am terminat-o cu un plan terapeutic de viitor, în care am recomandat continuarea tratamentului ambulator cu roborante generale cît și un medicament de aversiune antalcool 1 tb/zi, 5 zile pe săptămînă cu reducerea treptată a dozei, metronidazol 1 tb/zi sau Stazepin 2 tb/zi.

Insistăm asupra controlului periodic și programarea bolnavilor lunar la control cu care ocazie facem un examen general, un rezumat al activității bolnavului și un plan teraputic în continuare. Opiniem pentru reluarea activității bolnavului, considerînd că aceasta este cea mai eficace metodă de reeducare a bolnavului.

Noi considerăm că readaptarea bolnavilor alcoolici face parte din tratamentul alcoolismului, ea începe o dată cu recondiționarea fizică și este susținută ulterior de psihoterapie. Readaptarea presupune și o reeducare a bolnavului care poate fi întreprinsă numai dacă se arată bolnavului consecințele consumului de alcool. Ea începe înainte de cura de dezgust și se continuă după aceea. Abstinența este o condiție necesară reabilității și resocializării complete psihice, fizice, familiale, profesionale și sociale.

Concluzii. 1. Alcoolismul este una din cele mai importante cauze de morbiditate la vîrsta cînd omul este cel mai activ și productiv.

2. Alcoolismul este o boală care poate fi tratată ca și celelalte boli cronice îmbinînd toate metodele medicale, psihiatrice, psihologice, sociale.

3. Tratamentul alcoolismului este complex și multidimensional, trebuie făcut individualizat, timp îndelungat (ani).

4. Pe lîngă tratamentul medicamentos psihoterapia de grup și familială cu acel colaborator „cheie“ s-a dovedit a fi metodă importantă în tratamentul alcoolismului. Aplicate corect ajută foarte mult tratamentul ; susține alcoolicul în programul de readaptare, integrîndu-l în familie, profesie, societate.

In Psychiatrie Clinic Cluj-Napoca is accorded a very special importance to the treatment of alcoholism, because of the increasing tendency measured in the last years, to occupy a more and more important place in the structure of the morbidity. The alcoholism treatment is a complex one and multidimensional, combining parallel and simultaneous biological. medical, psychiatric, psychologic, social and pedagogic methods. In this article are presented data about usual methodes used in alcoholism treatment, at 57 pacients hospitalized for disgust cure. The treatment was derulated in many etaps refering to some principles and methodologies, but beeing individualized from case to case.

In addition to medical treatment, the group and familial psychotherapy was proved to be extremelly worthy in the treatment and readaptation of alcoholic patients.

PRINCIPIILE ȘI REZULTATELE TERAPIEI COMPLEXE LA ALCOOLICI

Tr. Neamțu, Aurelia Sîrbu, Doina Cosman, Emilia Cătinaș

— Cluj-Napoca

Este unanim recunoscut faptul că alcoolismul este o boală foarte complexă, mai diferită decît celelalte boli, și care cuprinde atît simptome cu caracter medical cît și cu caracter socio-familial.

Tratamentul și readaptarea alcoolicilor au preocupat pe mulți cercetători, metodele sînt multiple și diferite ; unele au mers pe un model medical care se orienta spre suferința somatică a bolnavului, alții pe model psiho-social-familial.

Concepția noastră în tratamentul alcoolismului, care corespunde cu tratamentul modern al alcoolismului, se axează pe o terapie complexă în care combinăm tratamentul medicamentos și simptomatic cu psiho-socio-terapia. Tratamentul medicamentos are o valoare certă cu efectele lui apreciabile, dar rezumîndu-ne numai la el ar însemna că ne menținem pe o atitudine terapeutică simptomatică cu bandă îngustă de aplicare față de problematica vastă și diversă pe care o ridică alcoolismul. Este evident că chimio-terapia continuă să cucerească noi teritorii dar lasă neatinsă problemele generale ale omului și ambianța sa umană. De aceea din experiența noastră și datele din literatură ne face de la început să afirmăm că este incomplet a ne rezuma la o chimio-terapie lipsită de psihoterapie la alcoolici.

Referitor la tratamentul alcoolismului alături de psihoterapie Reyss-Brion distinge un „polimedicamentuos" alcătuit din :

— „medicamente somatotrope" care vizează reechilibrarea hidroelectrolitică, ameliorarea circulației și funcțiilor hepatice (vitamine, din grupul B, C, Aspatofort, Encefabol, etc.).

— „medicamente de repulsie" care au ca scop să formeze un reflex condiționat negativ la ingestia de alcool.

— „medicamente psihotrope" care de la apariție au cunoscut perioada de avînt și declin. Dintre medicamentele clasice opiaceele, barbituricele nu se mai utilizează. Se impun neurolepticele care au dus la scăderea procentului mortalității prin delirium tremens și tratamentul în perioada de abstinență. Din grupa neurolepticelor se impun fenotiazinele în psihozele alcoolice. Dintre psihotropele tranchilizante Meprobamatul constituie un succes al psihofarmacologiei — după cum rezultă din experiența Clinicii de Psihiatrie Cluj dacă este folosit sub supraveghere și timp limitat.

Nu putem să nu amintim Diazepamul care este considerat medicamentul de elecție în delirium tremens.

În suita noilor medicamente folosite în tratamentul alcoolismului avem Stazepinul care este folosit de noi mai bine de un an. Rezultatele preliminarii au fost comunicate într-o lucrare a Clinicii de Psihiatrie Cluj.

Întrucît medicamentele psihotrope cu indicațiile lor în general sînt cunoscute și aplicate pe scară largă în toate serviciile de psihiatrie considerăm necesar a ne opri la un produs a cărui eficiență și aplicare a trezit interesul clinicii noastre în ultimii doi ani.

Vom prezenta cîteva date mai importante referitoare la Stazepin :

— compoziția chimică : — face parte din grupa psihotropelor timoleptice antidepresive triciclice dibenzoazepine, clasa imunodibenzinelor, cunoscut sub numele de derivați ai imunostilbenului și este cunoscut sub denumirea chimică de carbamazepine. Denumirea comercială fiind cea de Tegretol sau Tegretal produs al firmei elvețiene Geigy cît și de alte firme. Cunoscut sub denumirea de stazepine este produsul firmei poloneze „Polfa" (cu care am lucrat noi).

— farmacologia : acționează asupra sistemului nervos central, sistemului nervos vegetativ, asupra sistemului hematopoetic și a altor sisteme. Are o puternică acțiune anticonculsivantă cu o oarecare acțiune hipnotică sau sedativă și efect timpoleptic și psihoenergizant.

— indicații : — epilepsia idiopatică cu tulburări de comportament și modificări endogene ale dispoziției ; — nevralgia trigeminală primară ; — delirium tremens ;

— contraindicații : absolute : leucopenia mai ales granulopenia ; stupoarea epileptică ; relative : primele trei luni de sarcină ; avertisment : se interzic conducerea autovehiculelor în timpul tratamentului ; — efecte secundare : amețeli — uneori, iar la doze mari pot apare grețuri, inapetență, ataxie, erupții cutanate, etc. și care dispar spontan după întreruperea tratamentului.

— doza : în delirium tremens se începe cu 200 mg pe zi, iar dozajul următor depinde de starea pacientului. Doze maxime între 1 000—1 200 mg pe zi. Noi l-am folosit în clinică și în tratamentul ambulator în cazurile de alcoolism cronic unde a dovedit că prezintă o toleranță bună și totodată influențează reducerea mai rapidă și constantă a simptomelor (datele catamnestice de la bolnavii alcolici tratați cu Stapezin, aproape de un an confirmă efectele pozitive).

La ora actuală numărul bolnavilor cu alcoolism cronic tratați cu Stazepin în clinică și ambulator asociat cu psihoterapie individuală și de grup sub diferite forme este de 50. Dozele administrate au fost de 600—800 mg pe zi în clinică între 10—30 zile și ambulator tratament de întreținere cu 200—400 mg pe zi doze cu care s-a obținut o remisie bună și toleranță bună.

În afara Carbamazepinei în terapia de cursă lungă a alcoolismului s-au impus mai ales Propericiazina (Neuleptil) dat fiind binecunoscutele sale efecte anticomportamentale. Este necesar a orienta terapia psihotropă la alcoolism pe categoriile de medicamente care nu produc dependență — fenotiazinele și butirofenonele.

Avînd în vedere caracterul tridimențional somato-psiho-social al bolii care astfel sporește complexitatea și amploarea măsurilor terapeutice. deoarece noi urmărim o abstinență totală și definitivă, condiție necesară în restructurarea personalității ; și cum aceasta se realizează în puține cazuri, terapia are ca scop în primul rînd o mai autentică și eficientă relaționare a bolnavului. În această perspectivă se impune psihoterapia care independent de entuziasmul trecător legat de administrarea medicamentului — și trebuie să recunoaștem că ne-a prezentat un bolnav nou abordabil psihoterapeutic — rămîne ca o constantă necesară dar și obligatorie a tratamentului în alcoolism.

În această fază bolnavul ne apare copleșit de sentimentul singurătății, nesiguranței și neîncrederii în realizarea unei viziuni optimiste, la restabilirea contactului cu sine și cu ambianța. Deci, din momentul în care bolnavul devine abordabil se impune rolul psihoterapeutului care va încerca să încurajeze bolnavul, să-i risipească anxietatea, să-i mobilizeze și să-i integreze răspunsurile afective. Reiese din aceasta că în faza inițială se impune psihoterapia individuală, de încurajare, (persuasiunea) dar fără a neglija condiția esențială și indispensabilă pentru reușita psihoterapiei raționale colaborarea bolnavului și selecționarea lor.

Noi, în selecționarea cazurilor am acordat o importanță cunoașterii situațiilor în care trăiește și muncește în prezent bolnavul, unei anamneze minuțioase și încurajarea dorinței bolnavului de a scăpa de sub influența alcoolului, durata de la îmbolnăvire, gravitatea simptomelor. Am căutat să evităm cazurile care evaluau pe un teren pur psihotic, slăbiciune evidentă în fața oricărei tentații, senzitivitate, trăsături care se tratează mai greu ambulator, după cum reiese și din datele din literatură.

Ca și forme ale psihoterapiei în continuare la alcoolici am căutat să le aplicăm în mai multe feluri să ne adaptăm fiecărui bolnav în parte, particularităților lui pentru a putea realiza o relație interumană autentică. Am aplicat și sugestia, bineînțeles în stare de veghe, căutînd să-i înlăturăm convingerile false că nu poate scăpa de sub influența alcoolului.

Cu toate greutățile inerente am considerat obligatoriu începerea în clinică a psihoterapiei de grup apoi continuarea ei și după externare. Este de remarcat faptul că psihoterapia de grup a cîștigat tot mai mulți adepți, iar prin analiza trecutului și studierea viitorului în grup acțiunea sugestivă a fost mai puternică și mai eficientă pentru că se bazează pe dinamica particulară a grupului.

Am folosit o metodă aplicată în Iugoslavia și care cuprinde participarea obligatorie și sistematic organizat a familiei justificată prin afirmația că „alcoolismul nu este o afacere particulară, o problemă personală" este o problemă crucială comună a întregii familii.

Forma sub care am inclusi familia, a fost a „colaboratorului cheie". Persoana din anturajul bolnavului care se interesează de el și este acceptat. Această metodă ne-a dat rezultatele cele mai bune. Din 20 de bolnavi alcoolici în observație „cu colaboratori cheie" la un interval de 10—11 luni observația catamnestică arată că componenta toxică alcoolică s-a remis la toate cazurile. Doi bolnavi au prezentat cîte o decompensare reactivă la stări conflictuale cu consum de alcool. S-a reușit prin intervenție la timp preponderent psihoterapeutic și continuarea tratamentului medicamentos cu Stazepin să preîntîmpinăm reinternarea și restabilirea echilibrului bolnavului și a familiei.

Alcoolismul reclamă azi o echipă cu formație diversă și cu o modernă și actuală informație asupra multiplelor implicații pe care le are această suferință, astfel ca rezolvarea unui bolnav aduce obligator în vizorul său colaborarea cu familia acestuia cu psihologul, medicul de teren, colegii de profesie, etc., oricine are o legătură mai îndelungată în viața alcoolicului, și poate să-i ofere un sprijin în lunga sa suferință. Datorită acestor mecanisme ample care solicită o mulțime de persoane cu angajarea terapiei de cursă lungă (minimum 3 ani) pentru asigurarea, consolidarea unui adevărat tratament complex și divers se poate întîmpla să apară și eșecuri și recidive peste care psihiatrul ca lider trebuie să găsească punți de restabilire și reechilibrare psihosocială. În orice tratament din cadrul alcoolismului participarea cadrelor medii este o obligație și avantajele folosirii asistentelor medicale în calitate de coterapeut și-a dovedit din plin valoarea.

Concluzii. 1. Alcoolismul este o boală curabilă, dar se impune munca în echipă susținută și de cursă lungă (minim 3 ani).

2. Depistarea precoce a bolnavilor, selectarea judicioasă a cazurilor și urmărirea lor ambulator face să crească procentul remisiilor.

3. Terapia medicamentoasă în general și cu Stazepin în special susținută cu psihoterapie individuală, de grup și în special cu colaboratori cheie pare să fie cea mai eficientă în tratamentul și readaptarea alcoolicilor.

4. Stazepinul în cazurile de alcoolism cronic s-a dovedit a fi util, este bine tolerat, nu dă obișnuință, fenomene secundare minime întrucît observațiile catamnestice atestă menținerea în timp a rezultatelor bune.

5. Terapia complexă în care interfernța medicament-psihoterapie este o regulă trebuie să cuprindă pentru fiecare alcoolic soluțiile cele mai adecvate și eficiente.

The authors consider that: 1. The alcoholism is a curable illness, but is imposed constant team work by long cure (at least 3 years).

2. Early trace out of the patients, the judicious selection of the cases and their ambulatory pursuit increase the pourcentage of remissions.

3. Medical therapy in general and especialy the therapy with Stazepin based on individual and group psychotherapy, with the cooperation of other specialists looks very efficient in alcoholics treatment and readaptation.

4. In chronic alcoholism cases, Stazepin is proved to be very useful, beeing quite well tolerated, without drug dependance and with minor side effects. All the cathamnstic observations prove the maintaining in time of good results.

5. Complexe therapy in which the interferance drug-psycho-therapy is a rule who must involve for ich alcoholics the most appropriate and efficient solution.

PROPRANOLOLUL ÎN TRATAMENTUL ALCOOLISMULUI CRONIC

Aurelia Sirbu, Viorica Axente, Lia Glodan, Emilia Cătinaș
— *Cluj-Napoca*

Prima substanță inhibitoare a receptorilor beta-adrenergici a fost descoperită de Powell și Slater în 1958; ulterior acest grup de substanțe a fost introdus în terapia bolilor cardio-vasculare. La bolnavii cu tulburări cardio-vasculare la care s-au administrat blocanți beta-adrenergici s-a constatat un efect favorizabil și asupra sistemului simpatic periferic, ci și asupra sistemului nervos central. La o concluzie similară au ajuns Carlsson și Johansson, Floru, Lader, pornind de la observația că anumite simptome ca tulburări ale sistemului nervos central ca: anxietatea, tremorul, simptomele de sevraj sînt influențate de tratamentul cu beta-blocante.

Modul de acțiune al beta-blocantelor asupra activității sistemului nervos central poate fi explicat prin trei mecanisme:

a) Acțiunea specifică de blocare a transmisiei impulsurilor beta-adrenergice în SNC după traversarea barierei hematoencefalice.

b) O acțiune nespecifică independentă de receptorii beta-adrenergici asupra membranei celulare nervoase, ca stabilizant al membranei.

c) Acțiune blocantă a beta-receptorilor periferici.

În funcție de calea de administrare și de simptomatologie, unul sau altul din cele trei mecanisme joacă rolul preponderent.

Baimbridge și Greenwood au constatat experimental pe șoricei, că activitatea locomotorie spontană ca și hiperactivitatea indusă prin etanol este influențată de propranolol. Efect tranchilizant al propranololului s-a obținut și asupra șoriceilor hiperreactivi după șoc electric sau cu leziuni septale.

Convulsiile provocate prin electroșoc sau stricnină sînt reduse sau complet suspendate prin administrarea de propranolol.

Plecînd de la aceste constatări experimentale și clinice ne-am propus introducerea propranololului în terapia de sevraj al alcoolismului cronic.

Metodologie. Am studiat trei loturi de bolnavi cu alcoolism cronic internați în Clinica Psihiatrică Cluj-Napoca. pentru tratamentul de urgență al episodului acut de delir tremens, predelir sau impregnație alcoolică.

Lotul I este format din 50 de bolnavi în vîrstă de 27—57 ani, tratați cu meprobamat, vitamine din grupa B, C și glucoză 33%, a fost compus din 42 cu impregnație alcoolică, iar 8 în predelir tremens. Durata medie de spitalizare a acestor bolnavi a fost de 18 zile iar durata tratamentului cu meprobamat a fost de 13 zile.

Lotul II cuprinde 30 de bolnavi de 25—67 ani tratați cu diazepam. Din acest lot, 28 au avut diagnosticul de impregnație alcoolică pe fond de alcoolism cronic, 2 persoane cu predelir tremens. Zece bolnavi au prezentat și diagnosticul de depresie nevrotică sau reactivă. Durata medie de spitalizare la acest lot a fost de 16 zile în care tratamentul a fost continuu cu diazepam.

Lotul III format din 50 bolnavi în vîrstă de 28—60 ani, tratați cu propranolol, au avut o perioadă medie de spitalizare de 18 zile, iar durata tratamentului cu propranolol a fost de 12 zile. Tratamentul cu propranolol a fost per os, în medie 60 mg/zi repartizat în 3 prize.

Din acest lot au fost excluși bolnavii cu afecțiuni pulmonare (bronșite, boală astmatică). precum și tulburările de conducere atrio-ventriculare, datorită efectului bronhoconstrictor și bradicardizant.

Compoziția lotului a fost următoarea: 25 bolnavi cu alcoolism cronic în impregnație alcoolică, 20 în predelir tremens și 5 în delir tremens.

Rezultate și discutarea lor. Fenomenele de sevraj au fost stăpînite de doza moderată de propranolol pe care am administrat-o. În 42 de cazuri de alcoolism cronic, propranololul însoțit de vitamine și glucoză au înlăturat simptomele sevrajului. Primele simptome care au dispărut au fost starea de agitație psiho-motorie, apoi tremurăturile și transpirațiile.

La 10 bolnavi s-au menținut insomniile încît tratamentul a fost completat cu amital 30 mg. În 2 cazuri s-au menținut transpirațiile și într-un caz cefaleea.

Din cele 5 cazuri de delirium tremens, 2 cazuri au răspuns favorabil la tratamentul cu propranolol. La unul din aceste cazuri, tabloul halucinator delirant a dispărut în mai puțin de 24 ore, de asemenea starea de agitație psiho-motorie, iar tremurările au dispărut la 3—4 zile de la începutul tratamentului. În 3 cazuri de delirium tremens, propranololul nu a influențat tabloul halucinator-delirant încît după 24 ore de la începutul tratamentului s-a adăugat meprobamat.

În 5 cazuri în care tabloul clinic era însoțit de o stare depresivă, tratamentul cu propranolol a fost completat cu diazepam (30 mg fracționat în 3 prize). Tratamentul a fost instituit pe baza unui program terapeutic în care a fost inclusă și psihoterapia individuală și de grup pentru adaptarea socio-familială. Comparativ cu cele două loturi de bolnavi tratați cu meprobramat și diazepam, tratamentul cu propranolol durează în medie același interval de timp.

Ceea ce pledează în favoarea tratamentului cu propranolol, în sevrajul la alcoolici este faptul că propranololul acționează direct asupra simptomelor țintă: anxietatea psihică și somatică, agitația psiho-motorie și tremorul.

Rezultatele noastre modeste în tratamentul cu propranololul în delirium tremens se datorește numărului redus de cazuri tratate și dozei moderate de medicament.

Observațiile noastre concordă cu datele din literatură. Wildöcher, într-un articol de sinteză afirmă că în psihozele toxice însoțite de halucinații vizuale, delir, după doze mari de propranolol simptomele se remit rapid în 24 ore, dar la un număr redus de bolnavi, la alți bolnavi rezultatul tratamentului rămîne nul.

Dacă propranololul singur în doze moderate nu reușește să stăpînească întotdeauna delirul tremens, el trebuie asociat medicației alese, avînd în vedere marea sa capacitate anxiolitică, bradicardizantă, tranchilizantă, potențînd acțiunea barbituricelor. Trebuie să se aibe în vedere și acțiunea sa la nivelul metabolismului glucidic prin scăderea glicogenolizei. Acționînd asupra membranei neuronale, scade activitatea convulsivantă.

Propranololul înlătură dependența. Este de preferat în aceste cazuri, tratamentul cu propranolol în locul tranchilizantelor minore, care dau dependență după o perioadă relativ scurtă de tratament. Nu este de dorit ca alcoolicul, structură atît de labilă și cu un sistem motivațional slab, să-l transformăm dintr-un dependent la alcool într-un politoxicoman.

În primul lot studiat, tratat cu meprobamat, am întîlnit 3 bolnavi cu repetate internări, care purtau diagnosticul final de politoxicofilie.

În sprijinul tratamentului cu propranolol în alcoolism și nu numai în alcoolodependență, ci și în alte forme de toxicomanii, sînt cercetările care arată antagonismul propranololului față de alcool, modificarea fixării morfinei pe receptori și modificări comportamentale.

În stările depresive, ca și în alcoolismul însoțit de stări depresive, propranololul are indicații majore. Benzodiazepinele și beta-blocantele nu sînt competitive, ele se completează una pe alta.

În cazurile urmărite am avut un singur caz de reacție adversă manifestată prin bradicardie.

Deși propranololul și în general beta-blocantele au intrat în psihiatrie pentru tratamentul anxietății somatice, acțiunea psihofarmacologică este încă departe de a fi elucidată. Kielholz, afirmă că în viitor va trebui să se extindă tratamentul cu beta-blocante, la simptomele de sevraj și dependența psihică din alcoolism și alte toxicomanii. Jefferson, include alcoolismul între bolile care pot beneficia de tratamentul cu beta-blocante.

Concluzii. 1. Propranololul se indică în asociație cu medicația tranchilizantă în delirium tremens.

2. Propranololul judicios administrat, excluzînd contraindicațiile somatice, asociat cu vitamine și glucoză, reușește să înlăture fenomenele de sevraj din alcoolismul cronic.

3. Loturile comparative de alcoolism tratat cu tranchilizante minore și propranolol, demonstrează net necesitatea folosirii beta-blocantelor, care nu deschid poarta spre o nouă dependență.

DATE PRELIMINARE PRIVIND TRATAMENTUL CU ASFA ÎN PREDELIRIUM ȘI DELIRIUM TREMENS

P. Brânzei, M. Stanciu, N. Păruș, Carola Offenberg, Georgeta Rotaru

— *Iași*

În acest referat se comunică rezultatele preliminarii ale cercetărilor efectuate în serviciul clinic I bărbați pentru studierea produsului ASFA (acid 4 — sulfonamino-fenoxiacetic) pe un lot de 10 bolnavi bărbați, cu diagnosticele de predelirium și delirium tremens.

Material și metodă: S-a folosit produsul ASFA sub formă de comprimate de 500 mg și soluție de sare sodică 10% pentru administrarea intra musculară sau intravenoasă.

Au fost tratați un număr de 10 bolnavi bărbați avînd vîrstele între 33 și 56 ani.

Din totalul bolnavilor tratați, 3 au avut diagnosticul de „delirium tremens“ și 7 cu „predelirium tremens“ (delir alcoolic iminent).

Bolnavii cu „delirium tremens“ au prezentat stare de agitație psiho-motorie intensă și dezordonată, anxietate, halucinații vizuale, onirism terifiant, tremor generalizat, transpirații accentuate, dezorientare temporo-spațială.

În stările de delir alcoolic iminent (predelir), în tabloul clinic al bolnavilor s-au evidențiat în mod deosebit tremurături ample și intense ale extremităților, insomnie rebelă, tulburări vegetative intens exprimate, anxietate, fenomene oniroide care apăreau în cursul nopții și dispăreau ziua.

Rezultatele obținute în cursul tratamentului cu ASFA, administrat bolnavilor mai sus menționați, au fost comparate cu tratamentul clasic aplicat în delirium și predelirium tremens. Administrarea parenterală cu ASFA (intravenos și intramuscular) s-a făcut la interval de 6 ore cîte 2 g. În cazul în care starea clinică a permis s-a administrat substanța per os, cu doze variind între 6 și 12 g/24 ore.

După ameliorarea tulburărilor prezentate, doza produsului ASFA s-a redus progresiv în jur de 4 g/zi per os, continuîndu-se ca tratament de întreținere încă 5—6 zile.

Modificările biochimice constatate în unele cazuri la internarea bolnavilor, s-au normalizat în cursul tratamentului. Menționăm că în două cazuri la bolnavi hipertensivi s-a observat scăderea tensiunii arteriale după tratamentul cu ASFA de la 18—19 cm Hg maxime la 14 cm Hg.

De subliniat că la 2 bolnavi cu delirium tremens“, tratamentul a fost efectuat strict cu ASFA neasociindu-se tratament sedativ, iar la unul din bolnavi a fost necesară asocierea tranchilizantelor bolnavul prezentînd în continuare stare de agitație psiho-motorie cu insomnie persistentă cît și o criză comițială.

După circa 3—4 zile de tratament cu ASFA, s-a observat o ameliorare a tulburărilor psihice prezentate cu dispariția fenomenelor delirant-halucinatorii și oniroid-confuzive, putîndu-se stabili contactul cu bolnavul.

La bolnavii tratați cu ASFA în stările de predelirium tremens nu s-au constatat suferințe somatice atît din datele anamnestice cît și din examenele clinice și paraclinice efectuate în cursul spitalizării. Evoluția clinică a bolii a fost în general favorabilă în toate cazurile tratate cu ASFA, cu excepția a două cazuri care au prezentat insomnii persistente și cărora li s-au administrat tranchilizante și hipnotice.

Comparînd rezultatele tratamentului cu ASFA cu cele obținute în tratamentul obișnuit, constatăm efecte încurajatoare obținute prin terapia cu ASFA în stările de „predelirium și delirium tremens“. Este necesară în continuare aprofundarea studiului pe un număr mai mare de persoane. În acest sens, ne-am propus în continuare urmărirea minuțioasă a fiecărui caz în parte pe fișe special întocmite în care să se noteze zilnic datele clinice, cît și examenele paraclinice ale bolnavului; rezultatele obținute exprimîndu-se printr-un indice de gravitate care se va înregistra grafic obținîndu-se astfel o curbă evolutivă pentru fiecare bolnav în parte care să permită o apreciere comparativă cît mai obiectivă.

MODALITĂŢI TERAPEUTICE ÎN EPILEPSIA „ALCOOLICĂ“

V. Hrimiuc, E. Nemţeanu, C. Postelnicu
— *Iaşi*

Deşi pînă în prezent, nu s-a ajuns la o unitate de vederi privind patogenia epilepsiei „alcoolice“ realitatea clinică o evidenţiază, ridicînd probleme deosebite, de conduită terapeutică în practica medicală.

După unii autori ,(Lereboullet), frecvenţa ei la alcoolici ar fi în proporţie de 16%, dar aceste date sînt greu de susţinut deoarece nu totdeauna putem decela dacă alcoolismul nu joacă un rol revelator, de redeşteptare a unei epilepsii latente, care oricum s-ar fi evidenţiat clinic, chiar fără influenţa nocivă a alcoolului.

A admite că alcoolul ar avea rol în scăderea pragului convulsivant aşa cum caută să explice unii autori patogenia acestei afecţiuni, ni se pare relativ simplist deoarece nu explică în totalitate varietatea condiţiilor în care ea apare.

Este cunoscut faptul că alcoolismul prin perturbările somatice şi psihice pe care le determină în organism îmbracă de cele mai multe ori aspectul unor sindroame psihoorganice. de intensitate şi forme clinice diferite. În acest context examenele anatomopatologice, în anumite forme de alcoolism, depistează o varietate de aspecte, cu diverse localizări şi grade de întindere mai mult sau mai puţin caracteristice, deşi nu totdeauna gravitatea acestor leziuni poate fi corelată cu epilepsia alcoolică. Examenele pneumoencefalografice şi ventriculografiile efectuate de noi în clinică, unor alcoolici cronici care au trecut în evoluţia bolii prin diverse episoade de psihoză, indiferent de forma lor de manifestare, şi chiar la etilici cronici fără tulburări psihice, au evidenţiat modificări ventriculare, atrofii corticale etc. Aceste leziuni destul de întinse uneori nu au putut fi de asemenea corelate în totalitate cu manifestările clinice de tip epileptic, totuşi în proporţie de 28% din cazurile examinate de noi prezentau crize convulsive.

Coroborînd aceste date cu tulburările metabolice — carenţiale — care survin la etilici cronici şi care afectează progresiv activitatea nervoasă superioară (modificări ale barierei hematoencefalice, carenţă de tiamină etc.), cu examenele radiologice efectuate, ne permitem să afirmăm că în unele situaţii epilepsia „alcoolică“ este consecinţa unui substrat organic mai mult sau mai puţin decelabil, fără a nega însă existenţa ei şi în cazurile care, în urma investigaţiilor clinice şi de laborator posibile, nu constatăm o modificare lezională. Cazurile cu substrat organic cerebral evident, ridică problema, de ce în condiţie de substrat lezional asemănător, unii fac crize comiţiale iar alţii nu, problemă care de altfel se pune şi la traumatizaţii cranieni cu encefalopatie secundară. În fond în ambele situaţii există un substrat organic cerebral, dar problema mult controversată este de ce acest substrat se transformă în focar epileptogen cu evoluţie de sine stătătoare, indiferent de natura, localizarea şi gravitatea acestor leziuni, iar în alte cazuri nu apare.

Autori ca Deley, Gastaut etc. au încercat să explice acest fenomen în sensul că frecvenţa ei ar depinde de sediul leziunii, deşi practica nu confirmă întrutotul această supoziţie.

Deşi în cadrul encefalopatiei alcoolice, cu manifestări convulsive, pe lîngă leziunea cerebrală pusă în evidenţă intervin şi factori carenţiali dismetabolici, leziuni hepatice grave etc., totuşi, frecvenţa ei este mult mai scăzută ca la traumatizaţii cranieni, fapt reieşit din cercetările noastre în decursul anilor. Acest fenomen rămîne şi în prezent o problemă care necesită în continuare cercetări pentru a putea fi explicat în toată variabilitatea şi complexitatea sa.

În aceste condiţii, tratamentul epilepsiei „alcoolice“ ridică unele probleme particulare, probleme care ţin de complexitatea factorilor asupra că(rora trebuie să se adreseze, care sînt legaţi pe de o parte de factorii generali declanşatori, cît şi de factori strict individuali.

Fără a încerca a propune vreo schemă deosebită de tratament, insistăm însă asupra faptului că în epilepsia alcoolică aplicarea lui impune luarea în consideraţie, cel puţin, a următoarelor elemente : — tratamentul alcoolismului propriu zis, cu echilibrarea stării carenţiale ; — tratament care să se adreseze personalităţii bolnavului privită sub două aspecte :

În primul rînd să se influenţeze pe cît posibil personalitatea alcoolicului, fie că este vorba de o structură dizarmonică psihopatică (alcoolici adictivi), fie că este vorba de o structură nevrotică sau o tulburare psihologică distimică (alcoolici reactivi), neconsiderînd prin aceasta existenţa unor trăsături specifice caracteristice alcoolicilor.

Al doilea aspect terapeutic trebuie să se adreseze unor modificări supraadăugate, acestor personalităţi, modificări care ţin de focarul epileptogen, de crizele comiţiale cît şi de reacţia pacientului la problemele sociale legate de boala însăşi.

Combinativ, în raport de frecvenţa şi aspectul clinic al crizelor comiţiale se impune asocierea unei medicaţii anticonvulsivante strict individualizată combinată cu preparate neurotropice, pentru evitarea efectelor secundare, concomitent cu indicarea unor măsuri igieno-dietetice şi socio-familiale caracteristice fiecărui caz în parte, în vederea reinserţiei sale profesionale.

Aşa cum reiese din cele expuse mai sus, tratamentul este biologic şi, se adresează în primul rînd personalităţii bolnavului, luîndu-se în acelaşi timp măsuri preventive pentru evitarea pe cît posibil a apariţiei unor elemente de tip demenţial, dat fiind acţiunea nocivă atît a alcoolului cît şi a focarului epileptogen secundar asupra activităţii nervoase superioare. De acest aspect evolutiv trebuie să se ţină seama mai ales atunci cînd afecţiunea este de lungă durată, evoluează progredient, iar vîrsta pacientului se apropie de perioada presenilă.

HIPNOZA ÎN TRATAMENTUL ALCOOLISMULUI

N. Diaconescu, V. Pârvan
— *București*

Alcoolismul, acut sau cronic, este una din consecințele folosirii abuzive a dreptului la fericire. În limite fiziologice, alcoolul este un aliment furnizor de calorii și un apetisant. Mai mult, un relaxant și un anxiolitic. Efectele sale cancerigene, îndeosebi asupra aparatului digestiv, sînt mai puțin incriminate decît ale tutunului asupra celui respirator.

Limitele fiziologice sînt legate de toleranța individuală, mai restrînse la femei și în special la tineri. Consumul de alcool, în special cel zilnic, intoxică ficatul, laboratorul organismului, iar metaboliții intermediari pe care acesta îi trimite în circulația generală prejudiciază funcția rinichilor, cordului, dar mai ales a sistemului nervos central.

Sînt cunoscute îmbolnăvirile psihice prin alcoolism, unele de intensitate nevrotică, altele mai grave, cu caractere psihotice: delir tremens, delir paranoid, halucinoză, dipsomanie, psihopolinevrită Korsakov, epilepsie alcoolică etc.

Dacă în urmă cu 20—30 ani sifilisul răspundea în cea mai mare măsură de etiologia bolilor psihice, astăzi, datorită antibioticelor el a încetat de a mai îngrijora psihiatria. Nu tot așa s-a întîmplat cu alcoolismul care se face răspunzător de 20—25% din afecțiunile psihiatrice ale sexului masculin.

Tratamentele bazate pe repulsia provocată prin mijloace chimice ca apomorfină sau antalcool au inconvenientul că riscă să agraveze suferințele digestive gastro-duodenale, hepatice, cît și pe cele cardiace sau renale pe care alcoolicii le au deja, iar decondiționarea nu durează mult, neputînd fi întărită, prin repetare.

Tratamentul adjuvant, tonic, hepato-protector sau vitaminic, administrat anterior sau concomitent cu formarea repulsiei, vizează remontarea somatică generală a alcoolicului, neavînd nici o acțiune specifică în combaterea viciului său.

Sugestia în stare de hipnoză, facilitată de receptivitatea, de obicei crescută, a alcoolicilor, la această procedură, faptul că s-au lăsat antrenați în viciu fiind un semn de slăbiciune a SNC, are avantajul inițial de a nu întîmpina riscuri de intoleranță somatică și de a putea întări, prin repetiție, reflexele condiționate de repulsie, elaborate.

Repetarea se poate face prin noi ședințe de sugestie în stare de hipnoză, sau prin autohipnoză. după varianta ablaționistă descrisă de autorii germani Kleinsorge și Klumbies.

Tratamentul prin hipnoză se face ambulatoriu și durata lui e mult mai scurtă decît a tratamentului chimic din staționar.

Dezavantajul constă în aceea că nu toți alcoolicii sînt receptivi la inducerea hipnozei.

Mecanismul psihic prin care acționează sugestia hipnotică este cel imaginat de Uhtomski, anume, realizarea unei excitații dominante în zona asociativă, temporală a scoarței cerebrale, excitație iradiată din zona de proiecție centrală a analizatorului auditiv. Excitația fiind disociată de inhibiția critcă, aflată în zona occipitală internă, unde se găsește proiecția centrală a analizatorului vizual, a cărui funcție este în mod artificial abolită prin hipnoză, conferă sugestiei psihoterapeutului o mai mare putere de influențare decît în stare normală, mai mult, poate stinge dominanta patologică dipsomaniacală.

Din practica noastră psihiatrică, prezentăm următoarea metodă de lucru:

Pacientul, în poziție șezîndă. este hipnotizat prin inhibiția vizualității și menținerea raportului auditiv cu psihoterapeutul.

I se sugerează apoi că perceperea mirosului de alcool îi va produce greață și va vomita. Cu puțină vată, îmbibată în alcool, i se atinge pielea pe partea dorsală a mîinii, concomitent cu ușoara apăsare, cu cealaltă mînă, a regiunii celiace. Dacă el schițează, mimic și prin contracția musculaturii abdominale, voma, înseamnă că mirosul alcoolului, pătruns prin piele în circulația sanguină, ajuns la analizatorul olfactiv, inclusiv în zona de proiecție corticală, a fost asociat în zona temporală. cea mai înzestrată cu facultăți de convergență, acum supusă excitației concentrate, cu repulsia sugerată, din moment ce a apărut manifestarea motorie, eferentă.

Reflexul condițional a fost elaborat. El trebuie întărit prin repetare.

Altă modalitate de lucru, imaginată de noi, este sugerarea în stare de hipnoză că în paharul ce i se pune în mînă subiectului, se află băutura alcoolică preferată. În momentul cînd i se spune să apropie de gură și de nas paharul, să-l miroase mai întîi, apoi să-l guste, i se sugerează că va simți greață și va vomita. Elaborarea reflexului condiționat repulsiv e confirmată de grimase, de întoarcerea capului de la pahar și de răspunsul motor, abdominal.

La trezirea din starea de hipnoză, i se mai arată o dată subiectului paharul cu băutura sugerată, dar care în realitate e gol sau mai bine plin cu apă, e pus să miroase și să guste. Sugestia post-hipnotică îi provoacă o și mai accentuată repulsie.

Procedeul este analog cu arătarea țigării după trezirea din starea hipnotică, subiectului căruia i s-a elaborat reflexul de tuse la mirosirea tutunului sau fumului de tutun.

Unul din pacienții noștri relata că după ședința de hipnoză, în drum spre Brașov unde se înapoia, trecînd pe lîngă un magazin alimentar din zona Gării de Nord București și văzînd în vitrină sticle cu băuturi alcoolice, nu și-a putut stăpîni reflexul de vomă.

Intrarea în circuitul reflex elaborat a încă unui analizator, cel vizual, în aceste cazuri, amplifică reacția de intoleranță.

Evocarea unor emoţii şi sentimente legate de onoare şi demnitate, în timpul sugestiei hipnotice, poate declanşa plînsul, regretul adînc în faţa decadenţei personale, ceea ce măreşte considerabil şansele repulsiei fiziologice, implicînd-o în planul vieţii psihice.

Pentru întărirea reflexelor elaborate, pacientul este învăţat să aplice, ca şi în varianta anterioară, ablaţia hipnozei, adică autohipnoza.

Din cei aproape 1 600 pacienţi trataţi de noi prin sugestie hipnotică pentru diferite afecţiuni în ultimii 20 ani, un număr de 120 au fost alcoolici. Tratamentul prin hipnoză, cu sau fără tratament tonic adjuvant, chimioterapic, a fost, în general, lipsit de recăderi, iar cînd ele s-au produs, am procedat la reînnoirea reflexelor condiţionate repulsive, uşor de reiterat.

Folosirea metodei de tratament prin hipnoză cere din partea medicului abilitate, chiar talent în administrarea sugestiei, pe lîngă o cunoaştere perfectă a mecanismului psiho-fiziologic şi a posibilităţilor acestei proceduri, încît ea nu se înscrie ca o măsură de rutină în arsenalul psihoterapiei. Organizarea unor dispensare de psihiatrie, cu staţionare de noapte pentru alcoolici, în cadrul policlinicilor de sector sau de judeţ, ar oferi mari posibilităţi pentru aplicarea tratamentului prin hipnoză, fără scoaterea pacienţilor din producţie, cu mare coeficient de economicitate şi fără riscuri de agravare somatică.

The authors describe their own method of treatment in alcoholism, by suggestion in hypnotic state. Based on the elaboration of some conditioned reflexis of repulsion to alcohol, by the association of olfactive sensation and gustatory sensation, even of the visual one, in an alternative only by the suggested representation of them, with nausea and vomit, the suggestion facilitated by hypnosis stimulate complex spheres of the pacient's personality in which are involved superior feelings of honour and dignity, mobilizing them in the fight against the alcoholism's vice.

INVESTIGAREA PERSONALITĂŢII ALCOOLICULUI PRIN INTERMEDIUL TESTELOR PSIHOLOGICE

Silvia Gherghe, Carola Offenberg
— *Iaşi*

Datorită problematicii complexe pe care o ridică incidenţa morbidităţii prin alcoolism de la simpla consumare habituală pînă la îmbolnăviri grave cu deteriorarea personalităţii, studiul alcoolismului impune corelaţii multidisciplinare (medici, psihologi, jurişti, sociologi etc.).

Pe linia investigării alcoolicului am utilizat o baterie de teste alcătuite din: Inventarul de personalitate — MMPJ (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), chestionarele Eysenck şi W-M (Woodsworth Mathews), scările de inteligenţă Wechsler (Wais şi Wisc) precum şi o serie de probe de atenţie şi memorie.

Aplicarea testelor de eficienţă intelectuală într-un context psihopatologic are rol, atît cantitativ cît şi calitativ, deoarece constituie un stimul cognitiv şi afectiv, declanşînd reacţii corespunzătoare capacităţilor structurii intelectuale a subiectului, tendinţelor sale afective normale şi patologice (R. Nyssen). Studiul nostru cuprinde un lot de 70 etilici (50 bărbaţi, 20 femei) cuprinşi între 20 şi 50 ani: 20—25 ani — 8,5%; 26—30 ani — 8,5%; 31—35 ani — 8,5%; 36—40 ani — 14,4%; 41—45 ani — 11,4%; 46—50 ani — 11,4%; 51—55 ani — 22,9%; 56—60 ani — 14,4%.

Analizînd şcolarizarea se evidenţiază un număr de 4 subiecţi cu 2 clase, 12 cu 4 clase, 12 subiecţi cu 7 clase, 12 subiecţi cu 7 clase plus şcoala profesională, 10 absolvenţi de şcoli tehnice, 12 absolvenţi ai diverselor licee (de cultură generală, industrial, pedagogic, economic) 8 absolvenţi ai unor institute superioare.

Din totalul subiecţilor investigaţi 53 (75,7%) provin din mediul urban şi 17 (24,3%) din mediul rural.

Pe profesii la grupul investigat se constată: 6 subiecţi (8,5%) membri CAP, 24 subiecţi (34%), muncitori, 12 subiecţi (17%) funcţionari, 16 (23,5%) intelectuali, 12 subiecţi (17%) pensionari de boală.

Pe grupe nozologice de boală: 20% etilism cronic — 14 cazuri; 21,3% etilism cronic cu tulburări de comportament — 15 cazuri; 14,3% etilism cronic pe fond psihopat — 10 cazuri; 14,3% dipsomanie — 10 cazuri; 10% psihopolinevrită Korsakov — 7 cazuri; 4,3% delirium tremens — 3 cazuri; 10% delir alcoolic subacut — 7 cazuri; 5,8% — alcoolism care acompaniază o altă suferinţă psihică — 4 cazuri. Coefiecienţa internărilor: cu o internare 20%; cu două internări 14,4%; cu 3 internări 8,4%, cu 4 internări 8,4%, cu 5 internări 28,7%, cu 6—7 internări 14,4%, peste 7 internări 5,7%.

Lotul la care ne raportăm, 11 subiecţi, sînt pensionaţi medical, dintre care 4 gradul III invaliditate, cu vîrsta între 43—46 ani, şi 9 gradul II, 9 — peste 50 ani.

Majoritatea pacienţilor recunosc abuzul de alcool pe care-l declară chiar de la intrare, solicitînd ajutorul medical. Din cele 14 cazuri aflate la prima internare, 8 cazuri nu recunosc consumul de alcool, declarînd că „s-au folosit" de acest diagnostic pentru facilitarea internării, fie că sînt victima familiei, a anturajului sau a organelor administrative de la locul de muncă, care îi consideră consumatori de alcool, dar în realitate nu sînt.

Pe parcurs, după ce au fost puşi la tratament şi s-a stabilit mai facil contactul medic-pacient, 6 dintre aceştia recunosc consumul băuturilor alcoolice.

Din lotul analizat 49 de cazuri declară situaţii conflictuale la locul de muncă şi intrafamiliale, 7 cazuri au prezentat implicaţii medico-legale şi 5 subiecţi au prezentat idei autolitice.

Investigaţia psihologică a urmărit evidenţierea unor modalităţi, niveluri şi mecanisme ale deficitului psihic raportate la personalitate premorbidă.

Subliniem faptul că, în ceea ce priveşte procesele intelectuale, datele obţinute reprezintă randamentul intelectual într-un anumit stadiu al bolii (evaluat psihometric), furnizînd informaţii relative, privind capacitatea intelectivă înaintea oricărui semn de suferinţă psihică.

Lotul studiat a fost investigat cu testul de inteligenţă Wechsler Bellevue (VAIS) obţinîndu-se următoarele rezultate ; 4 subiecţi au preznat la data examinării un randament intelectual de tipul oligofreniei gr. I (debilitate mintală lejeră) (Q.I. — 68 — 69), 14 subiecţi randament la nivel de limită (Q.I. 70—80) 27 subiecţi randament de nivel normal mediocru (submijlociu QI între 80—89) şi 25 subiecţi randament mediu (Q.I. 90—109).

S-a constatat un deficit pronunţat al activităţii mai fine de sinteză, structurare şi sesizare a esenţialului.

Astfel, la proba Similitudini — subtest care pune în evidenţă aspecte ale procesului de gîndire prin nivelul asemănărilor pe care subiectul le poate stabili din lotul investigat, 10 pacienţi au obţinut între 1—2 puncte, 13 subiecţi 0 puncte. Valori semnificative în sens negativ, am obţinut în ceea ce priveşte investigarea atenţiei (test Bourdon-Amfimov) şi a memoriei (memorie cifre, ordine directă şi inversă şi prin proba Rey a celor 15 cuvinte. Am constatat marcate dificultăţi de concentrare şi susţinere a atenţiei concretizate în decili de la I la X, după cum urmează : — decilul I — 2 subiecţi (blocaj al atenţiei — 30 omisiuni pe minut) ; — cu diagnosticul „Psihopolinevrotă Korsakov“ ; — decilul II — 3 subiecţi cu acelaşi diagnostic ; — decilul III — 16 subiecţi dintre care 2 cu „Psihopolinevrită Korsakov, 3 cu „delirium tremens“, 5 cu delir alcoolic subacut“, 4 cu dipsomanie“, 2 cu „etilism cronic cu tulburări de comportament“ — decilul IV — 12 subiecţi (2 cu „delir alcoolic subacut“, cu dipsomanie“, 7 cu „etilism cronic pe fond psihopat“. — decilul V — 10 subiecţi (I „dipsomanie“. 2 „intoxicaţie etilică acută“. 4 „etilism cronic“, 3 „etilism cronic cu tulburări de comportament“, — decilul VI 17 subiecţi şi decilul VII — 14 subiecţi.

Trebuie totuşi să acordăm un coeficient de bonificaţie valorilor obţinute, deoarece subiecţii au fost testaţi în condiţii de spitalizare care presupun tratamente, microclimat modificat faţă de mediul familial cît şi fluctuaţiile fiziologice ale atenţiei în funcţie de vîrstă, cultură etc.

Există o concordanţă a deficitului mnezic la aceleaşi categorii nozologice la subiecţii la care s-a enunţat deficitul de atenţie, dar procentual atenţia era mai modificată. În ceea ce priveşte repetarea numerelor, la proba de memorie-cifre în ordine directă, am obţinut următoarele rezultate : 42 subiecţi — marcat deficit de fixare mnezică (sub 5 cifre) ; 18 subiecţi au obţinut un randament de limită (5 cifre)î; 10 subiecţi (6—7 cifre).

Memorie cifre în ordine inversă : 34 subiecţi deficit mnezic de fixare, (sub 3 cifre), 26 subiecţi randament limită (3—4 cifre), 10 subiecţi (5 cifre).

La examenul memoriei imediate în cazul subiecţilor cu „psihopolinevrită Korsakov“ se constată o capacitate redusă de a fixa cifre şi cuvinte, tendinţă spre confabulare(cu conţinut sărac), care influenţează întreaga activitate mnezică.

Proba de reţinere a cuvintelor cu sens, dar fără legătură între ele, (Rey) un număr de 15 ne-a dat informaţii utile, astfel că, din lotul investigat, numai 8 subiecţi au obţinut rezultate normale. (peste 10 cuvinte reţinute după cele 5 prezentări succesive).

Încercînd să stabilim structura premorbidă şi nucleul specific al subiecţilor investigaţi am folosit chestionarul Eysenck. Din totalul subiecţilor ca tip de personalitate 4 sînt introvertiţi, 42 ambivertiţi şi 24 extravertiţi. Raportîndu-ne la factorul neuroticism (N) 8 subiecţi erau în limite normale N pînă la 20 puncte, 44 subiecţi cu N crescut între 28—38 puncte şi 18 subiecţi cu N extrem de crescut peste 38 puncte.

Pentru depistarea tendinţelor psihonevrotice am folosit chestionarul W—M.

Tendinţele psihice accentuate şi psihopatologice relevate de probă, se grupează în 8 clase după cum urmează :

I emotivitate, II obsesie psihastenie, III tendinţe schizoide (spre solitudine, spre singularizare),IV tendinţe paranoide (insecuritate a eului, insatisfacţie a eului). V deprsie-hipocondrie, VI tendinţe impulsive epileptiforme, VII instabilitate, VIII tendinţe asociale. Concrétizăm în tabelul de mai jos rezultatele probei la lotul cercetat.

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
1 — limite normale	—	10	6	8	2	4	6	20
2 — uşoare tendinţe	6	18	34	40	—	2	16	30
3 — zodă de filtraj	4	30	26	12	18	18	30	16
4 — tendinţe puternic accentuate	14	10	4	10	32	24	10	4
5 — tendinţe patologice	46	2	—	—	18	22	8	—

Din tabelul de mai sus, subliniem următoarele corelaţii, labilitatea emoţională (I) este modificată la toţi subiecţii, iar la un număr de 46 este la nivel patologic. De asemenea iritabilitatea, impulsivitatea (VI — tendinţe impulsiv-epileptiforme) la un număr de 24 subiecţi este puternic accentuată, iar la 22 este la nivel patologic.

Corelat cu grupa nozologică se raportează la etilismul cronic pe fond psinopat.

De asemenea la 4 subiecţi cu implicaţii medico-sociale tendinţele asociale (VIII) au prezentat valori puternic accentuate.

Investigînd personalitatea alcoolicului cu ajutorul chestionarului M.M.P.I. la 35 de subiecţi, profilul grafic obţinut evidenţiază potenţial marcat de deviaţie psinopatică cu note T crescute în scara clinică Pd. la 18 pacienţi (valori peste 80). De asemenea, T crescut în scara Ma. la 4 cazuri.

Aceste valori crescute ale notei T standard corespund etilicilor corportamentali şi celor psihopaţi. Testul, a fost invalidat la 4 subiecţi prin valori crescute în scările de validare F şi K. La aceştia există o concordanţă psinopatologică şi psinodiagnostică. Subiecţii cu valoarea lui K modificată, prezentau clinic o evidentă tendinţă la disimulare. (2 cazuri). Alţi 2 subiecţi cu valori crescute în scara F prezentau tendinţă netă la simulare, exagerînd acuzele deoarece primiseră amenzi contravenţionale.

Fără a absolutiza valoarea testelor, considerăm că ele sînt de un real folos clinicianului fiind un adjuvant util atît în ceea ce priveşte normalitatea psihică cît şi psihopatologică.

PROBLEME ŞI ASPECTE ACTUALE ŞI DE PERSPECTIVĂ ALE RECUPERĂRII ETILICILOR PRIN INTERMEDIUL ERGOTERAPIEI

C. Postelnicu, V. Hrimiuc, Monica-Elena Chiriac, Mariana Gribincea

— *Iaşi*

În literatura de specialitate cît şi în practica psihiatrică curentă etilicul cronic, alcooloman inveterat, de regulă cu o modificare predominant-psihopatică a personalităţii este un bolnav mai puţin studiat şi, în general, neglijat în intervenţiile recuperatorii de ansamblu. prescrise în cadrul etilismului. În prezent, mulţi din psihiatri cu o formaţie profesională avînd un model de gîndire şi acţiune format în raport de cazuistica internată în clinicile universitare de psihiatrie rămîn de fapt la o reprezentare asupra etilismului cantonată la aspectele clinice cunoscute sub noţiunea de alcoolofilie în sistemul nozografic elaborat de şcoala de psihiatrie de la Socola. O asemenea situaţie face ca, în realităţile noastre socio-culturale şi organizatorice, să apară un punct de vedere exagerat optimist asupra bolnavului etilic şi problematicii sale organizaţional-existenţiale, să se supravalorizeze şi supraliciteze prestaţiile psihiatrice cu conţinut terapeutic în combaterea etilismului.

Observaţişle noastre comune pe o perioadă de aproape 3 ani la un serviciu de „psihiatrie grea“ din cadrul Spitalului Socola şi al Spitalului de Ergoterapie Sipote, ne îndreptăţesc să afirmăm că există un număr însemnat de etilici inventariaţi cu modificări psihopatice ale personalităţii practic irecuperabili pentru activităţi sociale şi productive în condiţiile din afara mediului de asistenţă instituţionalizată. Asemenea indivizi sunt mari şi abuzivi consumatori de asistenţă medicală, în cazul lor spitalizările fiind, de cele mai multe ori, numai o modalitate de reechilibrare a stării somato-psihice după un consum iterativ şi irezistibil de băuturi alcoolice.

Internările în spital sînt de fapt numai un intermezzo în vederea unor viitoare reluări a consumului de băuturi alcoolice şi a unei vieţi de vagabondaj şi demisie faţă de orice obligaţii sociale. În observaţiile noastre asemenea persoane crează dificultăţi dintre cele mai mari în buna funcţionalitate a secţiilor şi spitalelor de psihiatrie cu profil obişnuit de acordare a asistenţei bolnavilor psihici, aduc adeseori la situaţii de exasperare pe medici şi personalul mediu prin actele lor de indisciplină, perturbarea ordinii, furtişaguri, părăsiri fără aviz medical a unităţilor unde se află cazaţi, comportament tartufian, etc.

În condiţiile actuale ale acordării asistenţei psihiatrice asemenea bolnavi sînt orientaţi în ultimă instanţă către compartimentele pentru asistenţa bolnavilor cu evoluţie îndelungată, dar de regulă numai după ce, sub diverse forme, s-au perindat fără nici o eficienţă terapeutică şi socială în cadrul formelor de asistenţă medicală proprii bolnavului psihic acut. În condiţiile secţiilor (unităţilor) cu profil de ergoterapie etilicii din categoria sus-menţionată îşi găsesc în majoritatea situaţiilor un refugiu existenţial comod, pe care de fapt îl blamează la tot pasul şi-l rejetează ori de cîte ori survin condiţii favorabile de a abandona atare cadru instituţional.

Dat fiind aspectul organizatoric actual al posibilităţilor de asistenţă psihiatrică este lipsit de realism a susţine alte soluţii decît cele pe care le impune însăşi viaţa de fiecare zi a societăţii actuale. În observaţiile noastre bolnavii etilici inveteraţi demonstrează disponibilităţi de încadrare în ergoterapie. De fapt aproape în totalitatea cazurilor, este vorba de indivizi fără statut de om al muncii care pot şi trebuie să fie asistaţi în forme organizatorice sociale care să permită folosirea integrală a restantului lor funcţional productiv, paralel cu o prezervare a societăţii de manifestările lor cu caracter antisocial sau disocial. Observaţiile noastre ne arată că identitatea de statut între bolnavii psihici invalidaţi şi alcoolicii inveteraţi nu este în nici un caz în favoarea primilor a societăţii cît şi a sistemului sanitar al ţării şi mai ales a reţelei de asistenţă psihiatrică.

Avînd în vedere cele expuse mai sus, socotim că, pentru alcoolicii inveteraţi, este mai degrabă indicat ca asistenţa să aibă loc în alt cadru organizatoric şi anume în colonii de muncă cu profil recuperator. Observațiile noastre sugerează că la asemenea colonii ar trebui dirijați indivizii care au trecut printr-o etapă de recuperare la nivelul secțiilor (unităților) de psihiatrie cu profil de ergoterapie șicare din punct de vedere al practicii generale de medicină somato-psihică sînt indicați pentru asistență în afara unităților cu profil medical. În prezent asemenea indivizi din cauze diverse și multiple rămîn în cadrul unităților de psihiatrie ca un balast cu un permanent potențial de disfuncționalitate pentru acestea. În opinia noastră asemenea colonii de recuperare prin muncă ar trebui organizate sub altă egidă decît cea a acordării asistenței medicale a populației din societatea globală și a bolnavilor psihic obișnuiți.

Ținînd cont de faptul că în subordinea Ministerului Muncii există deja oficializată o formă de asistență socială și de activitate productivă sub egida de cămine-atelier, considerăm că pentru etilicii din categoria amintită de noi s-ar impune în prezent organizarea de unități cu profil similar. În asemenea unități, colonii de muncă, internările ar trebui efectuate atît la cererea indivizilor înșiși, cît și din oficiu, la solicitarea autorităților sau organismelor de influențare obștească. Personal socotim că ar trebui organizate la nivelul județelor comisii de acțiune și o influențare obștească în problema combaterii alcoolismului formate din juriști, activiști obștești, medici, psihiatri, etc. care să funcționeze pe lîngă Direcțiile pentru Probleme de Muncă și Ocrotiri Sociale. În colaborare strînsă cu Direcțiile Sanitare Județene și inspectoratele județene ale Ministerului de Interne asemenea comisii ar trebui să acționeze în baza unor împuterniciri prevăzute prin acte normative exprese astfel încît hotărîrile — deciziile lor, să aibă putere de lege pentru cadrul instituțional național. Prin hotărțri ale acestor comisii etilicii sus menționați ar urma să fie internați în unitățile preconizate pentru perioade de recuperare cu un timp de minimum 3—6 luni în vederea reeducării prin muncă și pentru muncă într-un regim asimilabil pe plan social prevederilor legii nr. 25/76.

Observațiile noastre ne arată că, în prezent pentru combaterea etilismului, este nevoie de un arbore complex de acțiuni din care nu trebuie să lipsească nici măsuri adecvate și pertinente de presiune socială de felul celor sus menționate. În acest sens considerăm că eșirile din regimul coloniilor de muncă sus menționate în condițiile societății globale, ar trebui efectuate numai după ce s-au îndeplinit anumiți parametrii de stimulare motivațională pentru încadrare în muncă și îndeplinire a sarcinilor de producție.

În paralel cu activități productive asimilabile pînă la un anumit punct cu cele de tip ergoterapeutic la acești indivizi s-ar putea continua măsuri de asistență medicală curentă de combaterea etilismului proprii activității dispensarelor narcologice din țările vecine.

UNELE ASPECTE ALE PROBLEMATICEI MEDICO-SOCIALE PRIVIND COMPORTAMENTUL ABERANT ÎN ALCOOLISM

N. Păruș, Carola Offenberg
— *Iași*

Este bine cunoscut faptul că băuturile alcoolice consumate în mod abuziv o perioadă îndelungată produc acțiuni toxice asupra întregului organism, care pot determina modificări permanente în structurile morfologice, ca și tulburări cronice ale funcțiilor organice și metabolice. La început, alcoolismul apare ca o intoxicație reversibilă, în acest stadiu vindecarea este posibilă prin sevrajul bolnavului, dezintoxicarea putînd duce la vindecare. În definirea alcoolismului majoritatea autorilor caută să releve dependența individului față de consumul băuturilor alcoolice, cît și tulburările de diverse grade ale sănătății somatice și psihice care duc la consecințe nefaste, bugetare, familiale, sociale profesionale etc. Alcoolicul nu trebuieşte confundat cu marele băutor. Consumul excesiv de băuturi alcoolice de către un individ în stările inițiale și variabile ca durată dacă nu produce o strictă dependență cu rezultate nocive atît pe plan fiziologic cît și cel psihologic, nu se poate îngloba în termenul de alcoolism.

Există indivizi care consumă alcool pentru că îl au la dispoziție, dar care pot să renunțe la el, fără dificultate, atunci cînd vor.

Intoxicația alcoolică cronică produce semne fizice și clinice caracteristice. Faciesul devine congestiv, buhăit, tenul de aspect teros. halena are un miros aromatic special, apar tulburări vegetative etc. Pe plan psihic alcoolismul cronic se resimte cu precădere în sfera emoțională, o accentuare a coloritului afectiv în toate trăirile, creșterea labilității emoționale, reacțiile exploziv-impulsive se declanșează rapid, uneori se notează prezența unei stări euforice prelungite. Cu timpul apare o înăsprire a personalității sale, tendințe egoiste cu diminuarea simțului moral, indiferență mai ales față de suferințele familiei sale, devenind coleric, gelos, tiran. Datorită instabilității emoționale se observă o trecere rapidă de la bunăvoință și veselie la irascibilitate, nepolitețe, grosolănie, furie. Contrarierile îi produc sentimenteul de mînie, reacționînd de cele mai multe ori impulsiv, brutal.

Frecvent, fondul general al dispoziției este euforic, apare înclinația la glume și pălăvrăgeală; datorită însă instabilității dispoziției, uneori se observă faze cu predominență depresivă,

În stările de alcoolism cronic se mai observă tulburări de atenție, oarecare obtuzie intelectuală și un deficit mnezic mai mult sau mai puțin important; în unele situații putînd ajunge la decompensări psihotice.

Intoxicaţia cronică alcoolică antrenează sau accentuiază tulburările caracteriale, diminuă rezistenţa fizică şi grăbeşte decăderea socială.

Problema modificării personalităţii şi a tulburărilor de caracter apărute sub influenţa consumului cronic de băuturi alcoolice a preocupat diverşi autori în decursul timpului. În legătură cu cauzele determinate şi mecanismele patogene, s-au emis diferite puncte de vedere. Unii autori acordă o mare importanţă factorilor premorbizi „constituţionali", alţii subliniază caracterul exogen al acestor modificări. Astfel Morel, Wolfensberg etc. sînt de părere că modificările de bază ale personalităţii, sau mai frecvent ale caracterului, produse în alcoolismul de durată, ar fi legate de mecanismele patologice preformate de tip constituţional genetic, teorie deterministă. Alţii însă, ca de exemplu Kraepelin, Wernike etc. apreciază aceste modificări ca o consecinţă directă a alcoolismului cronic. Nici o teorie în exclusivitate nu poate lămuri această problemă.

Unii autori şi-au pus întrebarea dacă există vreo legătură între modificările personalităţii observate în alcoolismul cronic şi structura sa premorbidă. Nu este totdeauna uşor a putea face o delimitare sau a se stabili legătura între structura premorbidă a personalităţii şi particularităţile caracteriale apărute strict în alcoolismul cronic şi care s-au supraadăugat fondului constituţional. Pentru aceasta este necesară cunoaşterea aprofundată a particularităţilor caracteriale în perioada premorbidă şi apoi studiul comparativ al modificărilor apărute consecutiv factorului toxic din alcoolism.

Printre alcoolicii investigaţi se găseşte şi un număr însemnat de psihopaţi la care dezechilibrul personalităţii nu este legat de alcoolism, acesta din urmă cel mult putînd să producă o agravare a trăsăturilor disarmonice preexistente. Dar atît la psihopaţii propriu-zişi cît şi la caracteriopaţii alcoolici se pot întîlni cele mai diferite variante caracteriologice, nici una din ele însă neputînd fi considerată specifică.

În fixarea unei dependenţe alcoolice cît şi în etiopatogenia modificărilor caracteriale şi degradarea personalităţii în alcoolismul de durată contribuie o pluralitate de factori, printre care se relevă factorii genetici, psihosociali, neurobiologici etc.

Aspectul clinic al degradării alcoolice cuprinde tulburări în special ale sferei afective caracterizate prin înăsprire emoţională, abrutizare morală, coloratură duşmănoasă interioară a afectului, o comportare grosolană şi agresivă faţă de cei ce-l înconjoară, mai frecvent faţă de membrii familiei, superficialitate în gîndire şi critică, stingerea intereselor culturale, comportament cinic, liberalism sexual, indiferenţă faţă de situaţia sa degradantă, scăderea generală a iniţiativei şi a capacităţii de muncă, tulburări de memorie.

Starea de degradare alcoolică apare în general după vîrsta de 40 ani, atunci cînd ea se evidenţiază la alcoolicii tineri, de obicei se incriminează structuri disarmonice ale personalităţii ca factor premorbid, alcoolul avînd mai curînd un rol situaţional, degradarea socială nefiind condiţionată de modificările toxice organice ci de reacţiile de durată la psihopaţi.

Intoxicaţia cronică alcoolică antrenează sau accentuează tulburările caracteriale, diminuă rezistenţa fizică şi grăbeşte decăderea socială. Individul se rupe de mediul familial, îi scade randamentul în muncă, absentează frecvent de la serviciu, îşi pierde treptat calificarea, se degradează, acceptă orice srviciu pe care-l părăseşte apoi uşor, trecînd la şantaj şi ajungînd de multe ori la delincvenţă.

Starea de ebrietate poate duce la acte infracţionale prin manifestări huliganice, furturi, jigniri prin cuvînt sau acţiune, infracţiuni sexuale, accidente, mutilări, loviri sau chiar omor.

Limitarea efectelor patologice ale alcoolismului şi a consecinţelor sale nefaste pe plan social, nu poate fi întrevăzut decît în coexistenţa organizării tratamentului medical accesibil şi diferenţiat cu măsurile de psihoprofilaxie generală, rezultată din progresul social actual. La această muncă profilactico-curativă a alcoolismului este necesară antrenarea şi colaborarea perseverentă a diverşilor factori de răspundere pe plan social, medical, de învăţămînt, administrativ, comercial, judiciar ai locului de muncă şi familiali, coordonată de un serviciu psihosocial.

INCIDENŢE PSIHIATRICE LA CONJUNCTURA FENOMENELOR DELINCVENŢEI ŞI ALCOOLISMULUI

Margareta Georgescu, R. Vlasie, C. Rădulescu, D. Hărduţ, M. Mihu
— Arad

Subiectul abordat în încercarea noastră de investigaţie, prin complexitatea sa, ne impune de la bun început să precizăm că demersul nostru are un pregnant caracter descriptiv, elementele explicative fiind doar ipotetice.

Datele prezentate se întemeiează pe prelucrarea informaţiilor existente în dosarele penale din anul 1978 de la judecătoria Arad. Ulterior s-a trecut la depistarea delincvenţilor care au comis fapte penale sub influenţa alcoolului. În etapa de teren s-a procedat la examinarea psihiatrică şi aplicarea unui chestionar de opinie la 46 subiecţi domiciliaţi în municipiul Arad. Concluziile obţinute nu pot fi extinse la întreaga populaţie de delincenţi care au comis fapte penale sub influenţa alcoolului, atît datorită numărului mic de subiecţi depistaţi, cît şi a imposibilităţii efectuării, în aceste condiţii a unei eşantionări reprezentative.

Investigaţia pleacă de la ipoteza : consumul de alcool corelat cu un anume fond psihogen determină comportamente deviante cu un grad de periculozitate socială deosebit de ridicat, manifeste îndeosebi la două categorii de subpopulaţii : adolescenţi şi tineri aflaţi în faza de cristalizare a personalităţii şi adulţi a căror structurare a personalităţii poartă amprenta anomiei.

Din totalul delicvenţilor anului 1978 11,88% au săvîrşit infracţiuni sub influenţa alcoolului (îi vom nota pe aceştia cu delincvenţi A). Dacă pe judeţ rata infracţionalităţii este de 1,99‰ în cursul anului 3978, pentru urban (judeţul Arad) este de 2,42‰, iar pe rural 1,59‰. În schimb, rata infracţionalităţii corelate cu consumul de alcool este aceiaşi şi în urban şi în rural : 0.24‰. Această constanţă, de fapt, maschează o cu totul altă realitate : dacă rata infracţionalităţii pe municipiul Arad este de 2,49‰ iar în oraşul Ineu de 2,36‰ situaţia se modifică la analiza infracţionalităţii A. municipiul Arad (0,19‰) iar Ineu 0,66‰. Înscriind aceste date pe harta judeţului se constată că în cazul infracţiunilor A ele variază strîns legat de zonele de podgorie din judeţ.

Raportînd ponderea grupelor de vîrstă sub 30 ani a celor care au comis infracţiuni la totalul de infractori, reiese că deţin un procentaj de 49,83%. În schimb la infracţiuni A, pentru aceiaşi grupă de vîrstă, procentajul este de 66,21%. Reiese faptul de risc introdus de consumul de alcol la adolescenţi şi tineri în comportamentul deviant.

Raportînd în cadrul fiecărei grupe de vîrstă numărul delincvenţilor A la totalul delincvenţilor, obţinem în ordine primele trei ponderi : grupa sub 20 ani (22,58%). grupa 25—29 ani (17,35%), şi grupa 20—24 ani (12%). Reţinem că la grupa de vîrstă sub 20 ani mai mult de o cincime dintre delicvenţi au comis fapta după ce au consumat alcool.

Locul patru ca pondere revine grupei 45—49 ani (9,89%). Simplă coincidenţă faptul că aceşti indivizi aveau la începutul celui de al doilea război mondial vîrsta cuprinsă între 7—11 ani.

Comparînd ponderea infracţională a grupelor de vîrstă în funcţie de domiciliul delincvenţilor se constată maximum atins în urban la grupa de vîrstă 25—49 ani, iar în rural la grupa 20—25 ani. Situaţia este similară şi la delincvenţii A. (Tabel 1)

Tabel 1. Repartiţia delincvenţilor A după ruta rezidenţială

Domiciliul	Rural	Urban	Total
loc N			
Rural	52.61	18,41	71,02
Urban	5,25	23,73	28,98
Total	57,86	23,73	100 %

Din tabelul de mai sus reiese trei categorii principale de subpopulaţii : 1. „Nemişcaţii" din rural 52,61 ; 2. „Nemişcaţii" din urban 23,79% ; 3. „Migranţii" din rural spre urban 18,41%.

Toate aceste categorii vor prezenta probleme specifice de integrare socio-profesională : comunitatea rurală se află în plină transformare, comunitatea urbană confruntată cu problemele industrializării, ale marii necesităţi de locuinţe,oferă şi suficiente mecanisme de contracarare a tendinţelor entropice la nivel individual. Subculturile de grup, care manifestă o prolificitate nemaiîntîlnită sînt orientate, controlate în consens cu dezideratele sociale ale constructivismului social. Un fapt semnificativ : 44,74% din delicvenţii A au comis faptele în grup.

Din totalul de 71,02% delincvenţi născuţi în rural, 40,12% au fost născuţi în judeţul Arad, iar 30,9% provin din ruralul altor judeţe. Dintre cei născuţi în alte judeţe aproape 2/3 s-au stabilit în judeţul Arad (13,81% în rural şi 5,26% în urban). Această subpopulaţie este confruntată cu probleme deosebite faţă de cei originari din judeţ. Care a fost motivaţia migraţiei, la ce vîrstă s-a petrecut, ce carenţe au intervenit în procesul de adaptare ?

În cazul delincvenţilor A oferta socială de petrecerea timpului liber nu este acceptată, sau dacă este, se face în mod deviant. Duminica se produc 18,44% din infracţiunile A iar pe locul următor se află ziua de joi (17,10%) chiar atunci cînd sînt organizate în mod special activităţi pentru tineri. Reamintim că grupa de vîrstă sub 30 ani de delincvenţi A deţin o pondere de 66,21% din totalul delincvenţilor A.

Statutul marital intervine şi el în creionarea delincvenţilor A " necăsătoriţi 44,37%, căsătoriţi 35,09%, alte situaţii 5,29%. fără date 15,25%. Absenţa integrării familiale la tineri se manifestă prin faptul că necăsătoriţii deţin ponderea la majoritatea categoriilor infracţionale. Menţionăm că e vorba de aşa numitele infracţiuni de violenţă.

În rural s-au comis 46,15% din infracţiuni A iar în urban 53,85%. Comunitatea de viaţă intervine şi în structurare a spaţio-temporală a fenomenului delincvenţei A. Locurile unde au loc infracţiuni A sînt : stradă 53,33%, local public 26,49%, locuinţă 19,20%, alte locuri 3,98% urbanul prin asigurarea de infracţiuni. mai mult decît ruralul, pe stradă (53,24% faţă de 42,42% în rural) şi locuinţă (22,07% faţă de 18,18%). Ruralul comportă un loc sigur şi recunoscut de întîlnire cotidiană „bufetul" unde se şi comit 31,18% infracţiuni A faţă de 24,6% infracţiuni A din urban.

Specificul comunităţii rurale este manifest şi în dimensiunea temporală a delincvenţei A : seara se petrec în rural 60% din infracţiuni A faţă de 52,5% din urban. În schimb urbanul oferind o varietate de posibilităţi, atrage şi o mai mare frecvenţă a comportamentelor deviante comise sub influenţa alcoolului, ziua şi noaptea.

Repartiţia delincvenţilor A după studiile absolvite este următoarea : fără studii 7.28%, 4 clase 35,76%, 7—8 clase 28,47%, şcoala profesională 14,56%, liceu 3,ţ1%, studii superioare. 1,98%, fără date 8,64%. Din constatarea că aproape 3/4 au pînă la 7—8 clase, s-ar părea că absenţa unui nivel ridicat de şcolarizare favorizează comportamentul deviant în aceste condiţii. Odată cu generalizarea în următorul cincinal a studiilor de 12 ani numărul delincvenţilor A va scădea.

Ocupaţiile delincvenţilor A din anul 1978 sînt astfel distribuite : fără ocupaţie 15,23%. agricultori 8,60%, muncitori 58,27%, alte categorii 11,27%, fără date 6,16%., Dintre toţi delincvenţii A 18,54% aveau în antecedente şi alte fapte penale, deci aproape 1/5 dintre ei.

Rezultatele aplicării chestionarului de opinie trebuiesc privite cu rezervă, deoarece s-a constatat la mulţi subiecţi un „conformist situaţional", datorat în bună măsură prudenţei, a evitării oricărei posibilităţi de agravare a statusului de delincvent. Subiecţii au căutat să ne convingă, prin răspunsurile lor, că în personalitatea lor au avut loc, în etapa integrării post-penale, mutaţii lăuntrice, care le asigură durabilitatea necesară unui comportament, socialmente, acceptat. În bună măsură au reuşit, mai ales, nu prin opinii, ci prin indicatorul obiectiv al integrării lor profesionale: toţi cei 46 subiecţi, în momentul anchetei depuneau o muncă utilă, e drept cu diferite nuanţe de participare.

Anchetaţii consideră în proporţie de 73,91% că părinţii lor au făcut tot ce au putut pentru ca ei să reauşească în viaţă, iar 67,39% apreciază că viaţa de familie a părinţilor a fost bună sau foarte bună, şi în consecinţă toţi susţin că familia contribuie în mod esenţial la echilibrarea individului uman. Numai 7,60% din părinţii subiecţilor au suferit de afecţiuni psihice. Starea civilă a anchetaţilor este următoarea: căsătoriţi 47,82%, concubinaj 19,56%, necăsătoriţi 17,39% alte situaţii: 15,23%.

Locul în fraterie al subiecţilor se prezintă astfel: 1 — 36,95%, 2 — 41,30%, 3 — 6,52%, 4 — 8,69%, 5 şi peste 6,52%. 28.26% dintre ei au avut manifestări de predelincvenţă în copilărie. La 17,39% dintre cazuri între fraţii subiecţilor se găsesc indivizi cu antecedente penale. Se consideră că şcoala a dat o pregătire bună pentru viaţa de toate zilele (56,52%), însă trebuia să insiste mai mult în interiorizarea normelor sociale de conduită.

În alegerea ocupaţiei, 65,12% consideră că nu au fost influenţaţi sau au fost influenţaţi foarte puţin de către părinţi, iar 32,60% afirmă că părinţii au avut rolul determinant în alegerea ocupaţiei. Munca pe care o efectuează în prezent este plăcută (73,91%), interesantă (76,08%), neobositoare (32,60%), dar şi obositoare (39,13%), grea (76,08%). Actualele condiţii de muncă pot fi îmbunătăţite (52,17%), se pot lua măsuri pentru creşterea randamentului muncii (32,60%), sau nu se pot lua (28,26%), iar pentru micşorarea efortului psihic se poate face foarte mult (41,30%), sau nimic (36,95%).

Cu toate acestea, 54,35% vor să-şi schimbe ocupaţia, fie pentru o retribuţie superioară, fie pentru a-şi valorifica mai deplin aptitudinile şi capacităţile. Însă, în final, munca constituie singurul mijloc pentru a reuşi în viaţă (91,30%). Ca atare, cei care muncesc conştiincios sînt foarte bine apreciaţi (91,30%), au multe avantaje (86,95%), au satisfacţii mai mari (decît ceilalţi (89,13%).

Dintre ei, 58,69% posedă locuinţă proprietate personală, 36,95% locuiesc în locuinţe proprietate de stat iar în alte situaţii se găsesc 4,36%. Înzestrarea gospodărească a subiecţilor este: 76,0% posedă frigider, 65,21% maşină de spălat, 60,86% aragaz, 58,69% aspirator, 30,43% maşină de cusut, 17,39% automobil, 13,04 motocicletă. Echipamentul socio-cultural se distribuie astfel: radio 82,60%, TV 72,26%, magnetofon 28,26%.

Oamenii de azi au multe probleme de rezolvat decît părinţii lor (89,13%), dar e fals că viaţa e atît de complicată încît nu poate fi înţeleasă (65,96%), precum şi afirmaţia „pînă acum viaţa nu mi-a oferit nimic" (73,91%). Subiecţii se simt siguri în faţa viitorului (69,56%), iar alcoolul nu este cel mai bun mijloc de a scăpa de necazuri (78,26%). Semenii se ocupă de problemele altora (58,69%), iar colegii de muncă te ajută la nevoie (69,56%).

Apare şi o ierarhizare a aspiraţiilor individuale: 1 — să dispui de o locuinţă confortabilă; 2 — să ai familie şi copii; 3 — să te realizezi profesional; 4 — să-i ajuţi pe cei din jurul tău; 5 — să posezi automobil; 6 — să te poţi distra. Lîngă acestea apar o condiţie sine qua non: nevoia de sănătate.

Din punct de vedere psihiatric 41,30% dintre subiecţi sînt sănătoşi, restul înscriindu-se pe traiectul etilismului cronic, structurii psihopate, psihopatiei posttraumatice, comiţialităţii, structurii nevrotice.

Debutul în consumul de alcool se face la lotul studiat după cum urmează: sub 15 ani (6,52%), între 15—19 ani (43,47%), între 20—24 ani (30,43%), 25 ani şi peste (19,56%). În majoritatea cazurilor alcoolul se consumă împreună cu colegii de muncă.

Cu toate remarcabilele elemente pozitive existente la nivelul opiniei subiecţilor, 54,34% au mai comis fapte penale.

Din datele expuse pînă aici şi tabloul descriptiv oferit la ancheta de opinie sugerăm ca necesară fiinţarea unui subsistem social care să înglobeze sistemul delincvenţei, sistemul juridic şi sistemul reeducaţional, asigurînd pe de o parte, legăturile între aceste subsisteme, şi pe de altă parte, legăturile între aceste subsistem şi subsistemele integrative. Acest moment de sinteză instituţională ar constitui şi realizarea trăsăturilor de complexitate şi autoorganizare specifice sistemelor deschise. Acest rol poate fi asumat într-o bună măsură de Laboratorul de Sănătate Mintală, care şi-ar vădi în acest fel eficinţa socială într-un domeniu, pînă acum nesupus unui control social dirijat, cu implicaţii la toate nivelele. Expunem mai jos argumentele şi relaţionările care ar putea face din LSM un factor esenţial în conturarea sistemului reintegrării sociale:

1. Legătura cu sistemul economic se poate realiza prin intermediul Direcţiei pentru Muncă şi Ocrotiri Sociale şi a Laboratoarelor uzinale de psihologie şi care ar oferi date referitoare la desfacerile contractului de muncă, fluctuaţiei muncii, îndeosebi la tineri, precum şi a evoluţiei procesului de reintegrare a delincvenţilor;

2. Legătura cu sistemul de învăţămînt poate fi susţinută cu ajutorul directorilor şi a diriginţilor, care, la un anumit interval de timp, ar furniza date asupra elevilor cu rezultate slabe la învăţătură sau cu abateri disciplinare, cazurile de abandon sau cele în care are loc perturbarea procesului de învăţămînt datorită disfuncţiilor familiale;

3. Organizaţiile de tineret pot alcătui caracterizări ale indivizilor cu abateri disciplinare şi la procesul muncii şi de la normele de convieţuire socială ;

4. Relaţia cu sistemul familial poate fi asigurată prin intermediul circumscripţiilor sanitare, datorită cunoaşterii de către personalul medical a structurii şi componenţei familiilor, cît şi a problemelor cu care sînt confruntate aceste familii ;

5. Legătura cu sistemul reeducaţional se va concretiza prin luarea în evidenţă a delincvenţilor eliberaţi din detenţie şi care revin pe teritoriul judeţului, urmînd ca Oficiul de Asistenţă Socială să se intereseze de problematica reintegrării lor profesionale şi de asigurarea unor condiţii cît mai bune pentru aceasta.

Aşadar legătura LSM cu celelalte subsisteme sociale va consta mai ales în relaţionarea informaţională periodică cu aceste subsisteme şi în indicarea principalelor puncte critice asupra cărora trebuie intervenit. Însă rolul specific al LSM, care se vrea în fapt şi un modelator al stilurilor de viaţă, în sensul asigurării echilibrului personal, ar consta îndeosebi în intervenţia activă în vederea eliminării elementelor marginale ale stilului de viaţă individual pentru a consolida „aptitudinea de a stabili relaţii armonioase cu mediul înconjurător".

Se conturează deja cîteva elemente ale funcţionalităţii sistemului reintegrării sociale.

1. Acţiunea profilactică generală exercitată asupra tuturor subsistemelor integrative cu accente puternice pe funcţia formativ-educativă a instituţiilor „loisir"-ului ;

2. Acţiunea individualizată în cazurile în care se constată din vreme existenţa unor factori care pot duce la delicvenţă ;

3. Acţiunea de reintegrare socio-profesională în cazul foştilor delicvenţi insistînd îndeosebi asupra reelaborării şi consolidării unui stil de viaţă centrat pe valorile constructivismului social.

The working is starting at the impetuosly development of roumanian society.

The conjugation of the great social proceses (industrialization and urbanization) which entail varied rhytms and tendencys to touching an optimal balance entail form the human being the grown adapting efforts.

On this contents are analysed the manifestations of the delinquent and alcoholism phenomenaes in the course of the ear 1978 in Arad district in comparison with the individual value system and the psyhical characteristics of the studied subjects.

In the revolutionary humanism spirit and the new orientation of the juridical politics they are pointing out principals risk factors of the socio-professional integrating pre and postpenalty as well the orders and practical measures which are realizing form Mental Health Laboratory intervantion.

IMPLICAŢII SOCIO-PROFESIONALE ÎN CONSOLIDAREA TRATAMENTULUI ALCOOLICILOR

Liana Fodoreanu
— *Cluj-Napoca*

Cercetările clinico-statistice avînd ca obiect alcoolismul cronic arată că în prezent asistăm la o deplasare spre primele locuri în ierarhia principalelor cauze de mortalitate, a acestui „drog". În Franţa, de exemplu, alcoolului i se atribuie al treilea loc între cauzele de morbiditate, după bolile cardio-vasculare şi cancer. Aceste date vin în contradicţie vădită cu opinia medicilor, care mai afirmă că nu există alcoolism, căutînd să susţină normalitatea consumului de băuturi alcoolice legat de tradiţie, credinţe etc. Consecinţele unui consum abuziv şi îndelungat — de ordin medical, psihic, social, familial, impun considerarea cu toată atenţia şi responsabilitatea a acestei boli psihice.

Este bine cunoscută contribuţia în determinismul etiologic al alcoolismului a factorilor socio-culturali ; în acest sens s-au demonstrat variaţii ale proporţiei de alcoolomani după grupe de profesie, grupe sociale, civilizaţii, sex, standard cultural. Dacă acestea sînt elemente certe care contribuie alături de numeroşi alţi factori, la geneza alcoolismului, nu este mai puţin adevărat că acţiunea de tratament şi profilaxie a bolii se sprijină într-o proporţie importantă pe familie, grup profesional, mediu social în care bolnavul trăieşte. Există deci o relaţie în dublu sens între condiţii socio-culturale şi alcoolism, şi anume, primele contribuie în mod hotărît la realizarea bolii, dar într-o etapă ulterioară, pot acţiona ca factori pozitivi, de menţinere a rezultatelor obţinute cu ajutorul tratamentului instituit, sau ca factori negativi, în acest caz reducînd şansele de consolidare terapeutică.

Lucrarea de faţă se referă la ultimul aspect menţionat, mai sus, adică modul în care mediul socio-profesional participă la consolidarea rezultatelor terapeutice în alcoolism. Tratamentul vizează în ultimă instanţă recuperarea bolnavului, sub toate aspectele noţiunii. În alcoolism, ca şi în toxicomanii, măsurile terapeutice şi de recuperare depăşesc limitele stricte ale psihiatriei, avînd implicaţii largi sociale, medico-sociale, economico-profesionale, culturale, juridice. Alcoolismul aduce cu sine degradarea somatică, dar şi psihică, aceasta din urmă avînd ca şi consecinţă directă afectarea sensului moral al comportamentului social al individului, comiterea de acte cu caracter antisocial. Mediul profesional, social, tolerează sau chiar protejează de cele mai multe ori băutorul excesiv, pînă în momentul cînd acesta devine agresiv şi periculos ; atunci îl respinge. Alcoolicul se simte ameninţat în viaţa profesională şi particulară, mai mult decît în starea de sănătate, de aceea el nu consultă medicul decît eventual pentru efecte secundare.

Familia alcoolicului, intervine, pe de altă parte, în dezvoltarea alcoolismului cu o pondere deosebită, sau / și în tratamentul acestuia. Cu alte cuvinte, inadaptarea familială și celelalte tulburări perturbatorii relaționale se pot dezvolta, fie din cauza alcoolismului unuia sau mai multor membri din familie (alcoolismul fiind tulburarea primară), fie acestea sînt consecința consumului (tulburare secundară). Influența alcoolicului cu o impregnare prelungită este cert negativă asupra anturajului, în primul rînd familial, această influență fiind reciprocă : Ruth Fox : „Nu putem considera fericit nici un cuplu cuprinzînd un alcoolic, chiar dacă există perioade de armonie relativă". Se poate afirma că alcoolismul este o boală a familiei, familia alcoolicului este dezorganizată, tulburările de dinamică ale ei sînt caracteristicile familiei bolnave.

Între măsurile de igienă mintală din țara noastră, dar și din multe alte țări figurează următoarea : „Dezvoltarea activității medico-sociale în domeniul luptei contra manifestărilor de tip sociopatic și a acțiunilor antialcoolism și antidrog".

Etapele care trebuie parcurse (după Enăchescu)) în scopul obținerii recuperării bolnavului alcoolic sînt două : a) evaluarea deficienței psihice a bolnavului prin examen clinico-psihiatric, anchetă socială și profesională. b) recuperarea deficienței psihice prin tratament clinico-psihiatric de spital sau ambulator, măsuri de psihoigienă, psihosociale, medico-pedagogice, socio-profesionale și sociale. Această din urmă etapă poate fi deci realizată prin două categorii de mijloace modelul medical clasic, tradițional, cu orientare spre individ, și modelul psihosocial, mai actual, cu orientare în primul rînd spre familie, și apoi spre mediul profesional și social. Desigur că prima etapă, a terapiei specifice, psihiatrice, desfășurată inițial în spital, și continuată în rețeaua ambulatorie de psihiatrie este absolut obligatorie în obținerea recuperării. Iar una din condițiile reușitei sale este participarea conștientă a bolnavului, și nu doar acordul său formal. Dar antrenarea anturajului alcoolicului pentru următoarea etapă, care este mult mai îndelungată, și deci mai dificil de parcurs, este tot atît de importantă.

Astăzi sînt prea puține cazurile, dintre bolnavii care solicită tratament de dezgust, care devin abstinenți. Desigur că explicația se află de cele mai multe ori în structura personalității alcoolicului (cel mai frecvent dizarmonic structurată), cu importante tulburări volițională) ; dar nu rareori psihiatrul se confruntă cu factori care readuc, mai devreme sau mai tîrziu, bolnavul în fața băuturii. Astfel :

— Nivelul cultural al grupului profesional și deprinderile din interiorul lui. De exemplu. în anumite grupuri sociale există încă credința că toleranța unui individ la o cantitate de băutură este direct proporțională cu „caracterul masculin" al acestuia ; de asemenea, că „a face tratament de dezalcolizare" echivalează cu a-ți recunoaște slăbiciunea. În consecință, revenirea unui alcoolic care a trecut prin prima etapă de tratament, în staționar, în mijlocul unui astfel de grup va avea urmări ușor de înțeles. Problema este strîns legată de consumul cotidian, obișnuit în multe profesii, unde nu se poate concepe existența în lipsa alcoolului.

— Navetismul, un alt factor care se pare că întreține un consum zilnic, abuziv de alcool.

Dezorganizarea familială, carențele afective, sînt factori care frecvent conduc spre abandonarea terapiei. Foarte pitoresc descrie McCance portretul alcoolicului „cu risc crescut" : „acesta n-are cămin, nici loc de muncă permanent, e singuratic, cu conflicte repetate cu miliția, sau arestări". Un studiu efectuat în Suedia pe un număr de 158 subiecți fără locuință în acel moment, arăta că doar 8 nu sînt alcoolici ; din ceilalți 150, marea majoritate sînt divorțați sau nu au fost căsătoriți, nu au avut un loc de muncă stabil.

— Eșecuri personale, cu sau fără legătură cauzală cu toxicul, sînt în general depășite de alcoolic prin reîntoarcerea la situația anterioară tratamentului. În aceeași măsură, stress-ul care caracterizează într-un fel, sau mai corect spus, este nelipsit în viața omului contemporan, este deseori anihilat prin efectele imediate ale băuturilor alcoolice.

Terapia de consolidare, ambulatorie, a alcoolicului, este pe de o parte medicamentoasă, și pe de altă parte, psihoterapeutică. Menținerea administrării, sub control periodic medical, a antalcoolului, are atît un rol chimioterapic, cît și unul psihoterapic, prin autoprotecția pe care o conferă alcoolicului față de el însuși, față de defectul propriu al voinței sale. Paralel se desfășoară psihoterapia, aceasta adresîndu-se a cel puțin trei factori : bolnavului, familiei și microgrupului social, profesional. Medicul psihiatru este acela căruia îi revine această sarcină, pe cît de nobilă, pe atît de spinoasă. În același timp însă, medicul singur, sau măsurile medicale singure nu vor reuși, dată fiind complexitatea de verigi intricate cu alcoolismul, să rezolve, să combată factorii amintiți. După prima etapă a tratamentului medical, paralel cu care psihiatrul face și o evaluare a condițiilor familiale, sociale și profesionale concrete, de importanță capitală este etapa tratamentului ambulator, în condițiile revenirii alcoolicului în grupul social. Astfel sociopsihiatria conturează o viziune nouă psiho-socială, în care omul e considerat plenar, sub toate aspectele sale : biopsihosocial, ca un sistem dinamic structurat. Metodele de profilaxie secundară vizează tocmai acțiunile curativo-terapeutice clinice sau ambulatorii, deci și măsurile complexe, de natură economică, culturală, educațională, socială.

Se impune perfecționarea măsurilor de educație sanitară, ele fiind destinate a informa omul de orice profesie și categorie socială ; cunoștințele corecte vor reuși să schimbe treptat anumite deprinderi de viață, tendința de a recurge în cele mai deosebite ocazii la alcool, ca la un remediu universal.

The paper underscores the multitude of factors contributing to bring about alcohol dependency, based on literary data and personal experience. Starting from these, some considerations are made concerning the

elements having a role in the quality of the results in the therapy of alcoholism.

After the end of the hospital therapy, the consolidation period, extending up to three years, is in function of a series of factors regarding social, professional groups, of the pacients cultural level, habit, family structure, and its degree of participation, personal factors, and the personal reaction to external stresses.

The key to an efficaticious and long-lasting therapy lies only in the converging medical, economical, social and educational efforts against this disease.

OBSERVAȚII PNEUMOENCEFALOGRAFICE LA BOLNAVII ETILICI

M. Czimmerman, I. Bas, Emilia Busuioc, E. Bas
— *Tulgheș*

Literatura de specialitate consideră alcoolul etilic un factor care duce la modificări abiotrofice in encefal. Unele date mai recente, în special cele de tomografie computerizată nu susțin însă această părere. Din acest motiv am hotărît studierea problemei.

Material și metodă.

La secția psihiatrie a Sanatoriului T.B.C. Tulgheș între 14.VI.1977—30.IX.1980 s-au internat 2 626 pacienți. La 213 (8,14%) dintre ei s-au efectuat 214 PEG: 47 (21,96%) la femei (5 — 2,34% etılice), iar 167 (78,04%) la bărbați (95 — 44,39% etilici). Repartiția pe sex, vîrstă și entități nosologice prezintă tabelul nr. 1.

Tabelul nr. 1

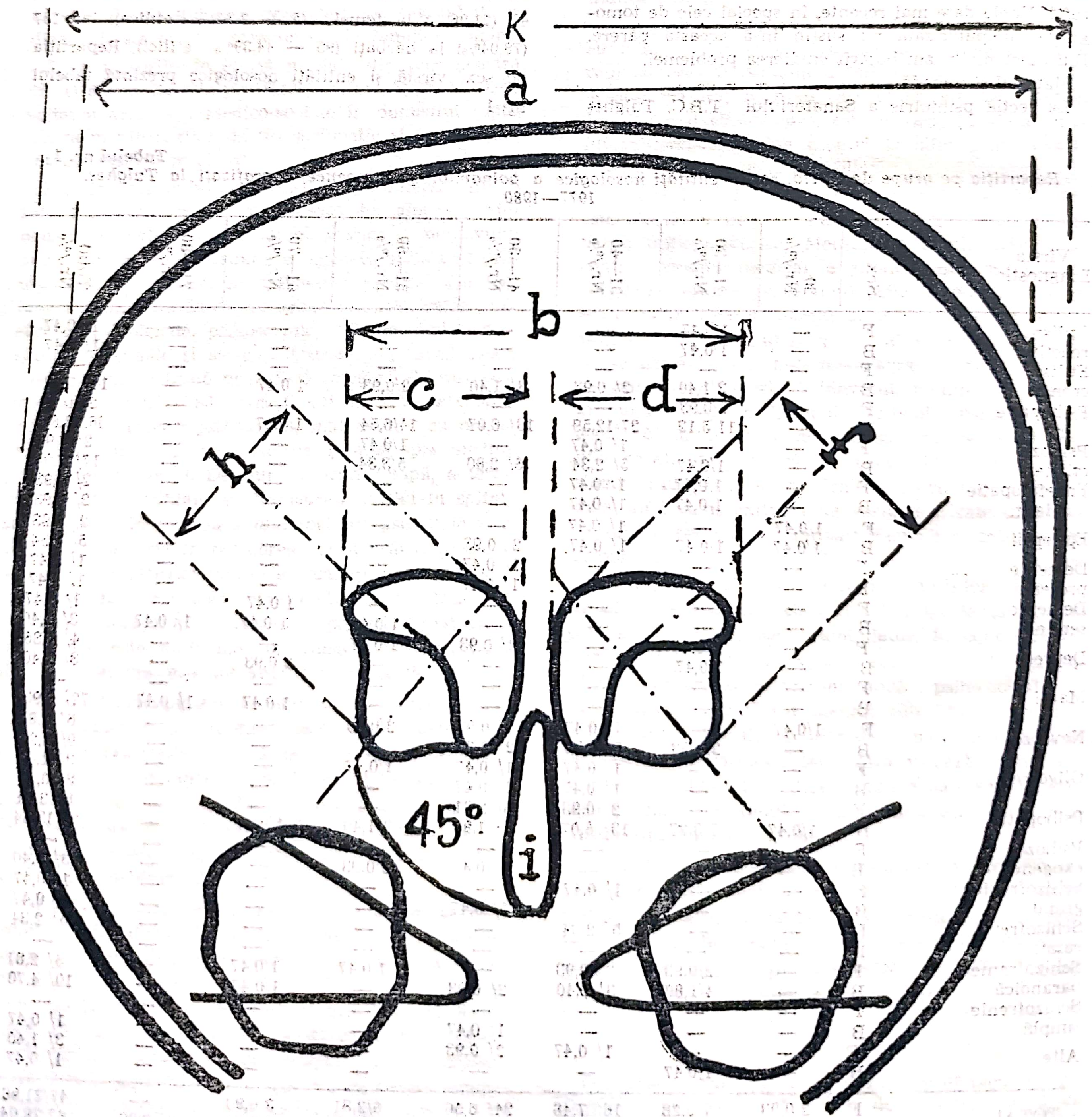
Repartiția pe grupe de vîrstă, sex și entități nosologice a bolnavilor pneumoencefalografizați la Tulgheș, 1977—1980

Vîrsta Diagnostic	Sex	20 Nr./%	21—30 Nr./%	31—40 Nr./%	41—50 Nr./%	51—60 Nr./%	61—70 Nr./%	71—80 Nr./%	Total Nr./%
Etılism reactiv	F	—	1/0,47	—	—	—	—	—	1/ 0,47
	B	—	1/0,47	—	—	—	—	—	1/ 0,47
Etilism cronic	F	—	—	—	—	—	—	—	—
	B	—	3/1,40	2/ 0.93	3/ 1,40	2/0,93	1/0,47	—	11/ 5,12
Psihopatie et.	F	—	2/0,93	—	—	—	—	—	2/ 0,93
	B	—	11/5,12	27/12,59	13/ 6,07	14/6,54	1/0,47	—	66/28,81
Psihoze etilice	F	—	—	1/ 0,47	—	1/0,47	—	—	2/ 0,93
	B	—	1/0,47	5/ 2,34	6/ 2,80	5/3,34	—	—	17/ 7,94
Encefalopatie infant.	F	—	1/0,47	1/ 0.47	—	—	—	—	2/ 0,93
	B	—	1/0,47	1/ 0,47	—	—	—	—	2/ 0,93
Epilepsii	F	1/0,47	—	1/ 0,47	—	—	—	—	2/ 0,93
	B	1/0,47	1/0,47	1/ 0,47	2/ 0,93	—	—	—	5/ 2,34
Demențe presen.	F	—	—	—	1/ 0,47	—	—	—	1/ 0,47
	B	—	—	—	1/ 0,47	—	—	—	1/ 0,47
Demențe senile	F	—	—	—	—	—	1/0,47	—	1/ 0,47
	B	—	—	—	—	1/0,47,	1/0,47	1/ 0,47	3/ 1,40
Depresii	F	—	1/0,47	—	2/ 0,93	1/0,47	—	—	4/ 1,86
	B	—	1/0,47	—	—	—	2/0,93	—	3/ 1,40
Manii	F	—	—	—	—	—	—	—	—
	B	—	—	—	—	—	1/0,47	1/ 0,47	72/ 0,93
Nevroze	F	1/0,47	—	1/ 0,47	2/ 0,93	2/0,93	—	—	6/ 2,81
	B	—	2/0,93	5/ 0,34	2/ 0,93	—	—	—	9/ 4,21
Oligofrenii	F	—	—	1/ 0,47	1/ 0,47	1/0,47	—	—	3/ 1,40
	B	—	—	1/ 0,47	1/ 0,47	—	—	—	2/ 0,93
Psihopatii	F	—	—	2/ 0,93	6/ 2,81	—	—	—	8/ 3,74
	B	1/0,47	7/3,27	13/ 6,07	4/ 1,86	3/1,40	1/0,47	—	29/13,54
Psihoze exogene	F	—	—	—	—	—	—	—	—
	B	—	—	—	1/ 0,47	2/0,93	—	—	3/ 1,40
Schizofrenie grefată	F	—	—	1/ 0,47	—	—	—	—	1/ 0,47
	B	—	—	—	1/ 0,47	—	—	—	1/ 0,47
Schizofrenie catat.	F	—	—	5/ 2,34	—	—	—	—	5/ 2,34
	B	—	—	—	—	—	—	—	—
Schizofrenie paranoică	F	—	2/0,93	2/ 0,93	—	1/0,47	1/0,47	—	6/ 2,81
	B	—	4/1,80	3/ 1,40	2/ 0,93	—	1/0,47	—	10/ 4,70
Schizofrenie simplă	F	—	—	—	—	—	—	—	—
	B	—	—	—	1/ 0,47	—	—	—	1/ 0,47
Alte	F	—	—	1/ 0,47	2/ 0,93	—	—	—	3/ 1,40
	B	—	1/0,47	—	—	—	—	—	1/ 0,47
TOTAL	F	2/0,93	7/3,28	16/ 7,48	24/ 6,56	6/2,81	2/0,93	—	47/21,96
	B	2/0,93	33/5,51	58/27,10	37/17,39	27/13,14	8/3,74	2/ 0,99	67/78,04

S-au introdus 20—100 ml aer (în medie 49 ml) în majoritatea cazurilor pe cale lombară (211—98,60%), mult mai rar suboccipital (3—1,40%) apoi s-au făcut trei radiografii (incidența A—P, lateral stg. și dr.) cu o distanță film-focar de 70 cm. Pe radiografii s-au măsurat indicele cerebro-ventricular, cel de la ventricul lateral / ventricul III. și al ventricolului III, eventualele asimetrii ale lățimii și diametrului corpului și cornului frontal al ventricolului lateral, precum și umplerile subarhnoidiene mai abundente, respectiv diferitele anomalii congenitale (agenezie de corp calos, ventricul Verga) sau dobîndite (parencefalie traumatică, lipsa de umplere a sistemului ventricular după arahnoidită, etc. (Fig. 1). Datele au fost prelucrate statistic.

Rezultate. Din cele 214 PEG 4 (1,86%) n-au reușit d.p.d.v. tehnic: în 3 cazuri s-a mișcat pacientul, iar o dată aerul n-a pătruns în cutia craniană.

Pe restul de 210 PEG (98,14%) nevizualizarea sistemului ventricular pe lîngă o opacifiere subarahnoidiană bună am observat în 16 (7,90%) cazuri, iar opacifiere unilaterală în 6 (2,85%) PEG (tab. 2).



Tabelul nr. 2. Evaluarea tehnică a PEG-lor efectuate în Tulgheş între anii 1977—80.

P E G	Total		Etilici				Alte afecţiuni psihice			
			Femei		Bărbaţi		Femei		Bărbaţi	
	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%
Lomabar	211	98,14	5	2,34	95	44,39	40	19,62	71	33.65
Suboccip.	3	1,40	—	—	—	—	2	0,93	1	0,47
Mişcat	4	1,86	—	—	2	0,93	2	0,93	—	—
Neopacıf.	16	7,90	2	40,00	4	4,21	3	7,14	7	9,72
Opac. unil.	6	2,85	—	—	2	2,10	1	2,57	7	4,16

Tabelul nr. 3. Valorile indicilor PEG.

Vîrsta	sex	Valorile indicilor / nr. bolnavi etılici			
		cerebro-vent	vent. lat. III	Ind. v. III.	Sp. subar.
20	F	—	—	—	—
	B	—	—	—	—
21—30	F	4,52/ 2	10/ 2	7,16/ 2	f4,c,t
	B	5,22/11	7,38/10	4,60/13	F5f6Pc20t
31—40	F	4,06/ 1	10,66/ 1	6,00/ 1	f
	B	4,10/30	7,77/25	3,24/27	F10f19C4c7
42—50	F	—	—	—	Ip3p2t
	B	3.75/23	7,85/22	3,11/22	F9f11C4c505
51—60	F	—	—	—	Ip3t2
	B	3,57/18	8,11/16	3,03/16	F3C402P4T2
61—70	F	—	—	—	If5cop2
	B	3,50/ 2	6,29/ 2	2,51/ 2	Efo
71—80	F	—	—	—	—
	B	—	—	—	—
Total	F	4,29/ 3	10,33/ 3	6,58/ 3	f5,c,t
	B	4,03/84	7,48/75	3,30/80	OF28Cl202P5
r		0,58	0,96	0,60	T2f42c15011 p7t4
		Alte afecţiuni psihice			
20	F	4,50/ 2	7,71/ 2	3,86/ 2	F2c,o,p
	B	4,40/ 2	9,13/ 2	3,87/ 2	f2op2
21—30	F	3,13/ 2	7,50/ 1	4,50/ 1	FTpW
	B	5,08/15	7,18/15	3,43/15	F4f6C2c30pt
31—40	F	4,65/13	8,09/13	3,63/13	F5f13c4 t4V
	B	4,30/21	6,75/19	3,01/20	F3f15Cc7p40
41—50	F	4,60/13	8,23/12	4,50/11	F3f3C2T
	B	3,63/12	7,89/12	3,07/12	F4f7o0
51—60	F	4,92/ 3	8,00/ 3	3,86/ 3	F2f2c303
	B	3,56/ 6	8,99/ 5	3,54/ 5	F4f2C0op
61—70	F	3,76/ 3	9,42/ 2	4,07/ 2	F2CT
	B	3,73/ 4	6,79/ 4	3,00/ 4	F3f4Ccpt
71—80	F	—	—	—	—
	B	3,77/ 1	6,42/ 1	2,14/ 1	F
Total	F	4,29/35	8,16/33	4,07/32	F5f18C3c80 p2T3W
	B	4,07/61	7,59/58	3,15/52	F19f36C5c11 03o6p7t6W
r		0,86	0,76	0,66	

Valorile indicilor cerebro-ventricular, ventricul lateral-ventricul III, şi al ventriculului III, respectiv opacifierile subarahnoidiene sînt reprezentate pe tabelul 3. Se poate observa o corelaţie foarte puternică între indicele ventricul lateral/ventricul III la bolnavii etilici (r/coeficient de corelaţie / = 0,96), o corelaţie puternică între indicele cerebro-ventricular şi ventricul lateral ventricul III la bolnavii neetilici respectiv o corelaţie medie la indicele cerebro-ventricular la bolnavii etilici, respectiv a indicelui ventricolului III la ambele categorii de bolnavi.

Nu s-au găsit diferenţe semnificative la nici un indice între bolnavii etilici şi cu alte afecţiuni psihice.

Am analizat relaţia dintre indici şi modificările EEG, fără să găsim diferenţe statistic semnificative nici în această privinţă. (tabelul nr. 4).

Nici între comportamentul a— sau antisocial şi indicele PEG nu am găsit vreo relaţie statistic semnificativă (tabelul nr, 5), precum nu am găsit nici între intensitatea alcoolizării şi valorile indicilor (tabelul nr. 6).

Valorile indicilor nu prezentau abateri statistic semnificative la bolnavii etilici dipsomani faţă de cei la care nu s-a observat acest caracter (tabelul nr. 7).

Tabelul nr. 4. Valorile indicilor PEG la bolnavii cu şi fără modificări EEG.

Sex	Bolnavi cu modificări EEG					
	Etilici			Alte afecţiuni psihice		
	Ind. c—v.	Ind. v. 1/III.	Ind. v. III	Ind. c-v.	Ind. v. III	Ind. v. III
F	6,68/ 1	4,40/ 1	2,00/ 1	4,41/ 7	6,73/ 6	7.97/ 6
B	3,88/21	8,43/19	3,53/19	4,30/20	8,46/19	3,84/19
	Bolnavi fără modificări EEG					
F	4,53/ 1	10,00/ 1	8,33/ 1	4,23/32	7,63/30	7,96/31
B	3,87/35	8,40/30	3,39/30	4,13/17	7,97/16	4,12/16

Tabelul nr. 5. Valorile indicilor PEG la bolnavii a- şi antisociali

Sex	Bolnavii a-sau antisociali					
	Etilici			Alte afecţiuni psihice		
	Ind. c—v.	Ind. v. 1/III.	Ind. v. III	Ind. c-v.	Ind. v. 1/III	Ind. v. 1/III
F	4,53/ 1	10,00/ 1	8,33/ 1	—	—	—
B	4,02/38	7,49/35	3,27/39	3,63/ 3	7,11/ 3	2,33/ 3
	Bolnavi fără comportamente a- sau antisocial					
B	4,35/45	7,85/40	3,19/40	4,26/35	8,01/32	3,95/32
F	4,28/ 3	10,33/ 2	6,00/ 2	3,71/59	8,47/50	3,30/51

Tabelul nr. 6. Valorile indicilor PEG în funcţie de intensitatea alcoolizării.

Sex	< 10			10—100			< 100		
F	4,50/1	10/1	3,50/1	—	—				
B	3,94/1	6,33/1	6/1	4,03/9	7,99/7	3,89/7	3,89/31	7,30/37	3,03/30

Tabelul nr. 7. Valorile indicilor PEG la bolnavii ne- şi dipsomani.

Sex	Dipsomani			Nedipsomani		
F	4,53/ 1	10,00/ 1	8,33/ 1	3,83/52	8,03/48	3,59/51
B	4,13/15	6,12/13	3,18/13	4,50/ 1	10,00/ 1	6,00/ 1

Analizînd valorile indicilor pe grupe sanguine la bolnavii etilici și cei cu alte afecțiuni psihice, deasemeni nu am găsit diferențe statistic semnficative (tabelul nr. 8).

Tabelul nr. 8. Valorile indicilor pe grupe sanguine.

Sex	Bolnavi etilici			Alte afecțiuni psihice		
Grupa O I.						
F	4,53/ 1	10,00/ 1	8,33/ 1	4,00/ 9	6,87/ 9	2,86/ 5
B	3,77/12	6,86/ 9	2,68/12	4,51/12	6,70/11	2,95/11
Grupa AII						
F	—	—	—	4,23/11	8,11/ 8	4,10/ 8
B	4,10/29	5,84/28	2,28/239	4,18/17	8,09/17	3,66/17
Grupa BIII						
F	4,28/ 2	10,33/ 2	6,00/ 2	4,34/ 5	10,13/ 5	4,54/ 5
B	4,47/16	8,98/12	4,89/12	5,85/11	6,76/11	3,41/11
Grupa ABIV						
F	—	—	—	4,60/ 3	8,42/ 3	3,17/ 3
B	3,91/ 7	8,28/ 7	3,80/ 8	3,41/ 5	10,63/ 5	3,80/ 5
Total						
F	4,41/ 3	10,17/ 3	7,17/ 3	4,29/28	9,50/25	3,67/21
B	4,06/64	7,49/56	3,41/61	4,49/45	8,05/44	3,64/44

În ipoteza unei legături între starea civilă, respectiv a unei vieți mai ordonate la cei căsătoriți și a troficității encefalice, am analizat valorile indicilor la bolnavii căsătoriți și necăsătoriți, fără însă a găsi diferențe semnificative (tabelul nr. 9).

Tabelul nr. 9. Valorile indicilor în funcție de starea civilă.

Sex	Etilici			Alte afecțiuni psihice		
Căsătoriți						
F	4,32/ 2	10,33/ 2	7,17/ 2	4,30/18	8,03/16	4,10/16
B	4,21/52	7,32/47	3,35/49	3,93/36	9,23/34	3,46/34
F	—	—	—	4,78/17	8,00/17	3,82/17
B	3,80/33	6,73/31	3,17/30	4,26/27	7,33/26	3,34/27

La doi pacienți etilici și la trei cu alte afecțiuni psihice s-a găsit ventricul Verga.

Discuții. Valorile indicilor analizați la 100 bolnavi etilici și 110 cu alte afecțiuni psihice erau în limite normale.

S-a observat o tendință de scădere a indicelui cerebroventricular odată cu vîrsta, observație concordantă cu literatura de specialitate.

Nu am găsit diferențe semnificative între valorile bolnavilor etilici față de cei cu alte afecțiuni psihice, nici între diferitele forme clinice ale etilismului (alcoolizare situațională, etilism cronic, psihopatoidii etilice, psihoze etilice), în concordanță cu examinările tomografice computerizate transaxiale ale lui Hill și Mikahel.

Dintre indicii examinați cel al ventricolului lateral / ventricolului III. a prezentat o corelație foarte puternică cu alcoolizare (r = 0,96).

Nu am găsit corelație între valorile indicilor PEG și modificările EEG, conduită antisocială, intensitatea alcoolizării, caracterul dipsoman, grupe sanguine și starea civilă, ca și Tolwinski pe cei 120 de pacienți schizofreni cronici sau Blinderman pe cei 8 pacienți coreici cronici.

Concluzii

1. Evaluarea PEG prin măsurări concrete este o metodă obiectivă, puțin laborioasă.
2. Studiind astfel PEG a 100 bolnavi etilici și 110 cu alte afecțiuni psihice între 15—74 ani, nu am găsit diferențe statistic semnificative între valorile celor două grupe de bolnavi.
3. Indicele ventricul lateral/ventricul III pare să fie cel mai specific pentru modificările PEG etilice (r = 0,96).

TULBURĂRI PSIHICE LA COPIII CRESCUŢI ÎN FAMILIA ALCOOLICĂ. STUDIU PSIHO-SOCIO-FAMILIAL LA 42 FAMILII

Fl. Bogdan, Monica Platon, Cecilia Weber, D. Somogy
— Oradea

Statisticile situează alcoolismul ca a patra problemă de sănătate publică după bolile cardio vasculare, bolile psihice şi cancer. De aceea 30% din bugetele spitalelor de psihiatrie este absorbit de alcoolici. În 1964, americanii au cheltuit peste 10 miliarde de dolari pentru alcool, iar vîrsta medie a alcoolicului era de 51 ani. În 1972 în S.U.A. se raportează 12 milioane de alcoolici, 25.000 decese de trafic, 15.000 omucideri şi sinucideri şi 20.000 morţi prin complicaţii somatice asociate alcoolismului.

Deşi problema este atît de importantă medical şi social, lucrările care se adresează stării psihice a copilului din familia alcoolicului sînt mai rare. K. H. Parnitzke şi O. Prüssing în 1966, pe 149 copii între 3—14 ani proveniţi din 106 familii de alcoolici, găsesc următoarele tulburări psihice ca fiind cele mai frecvente: nelinişte psihomotorie, reacţii de opoziţie accentuată, anxietate, agresivitate, fugă de acasă, ticuri, enurezis nocturn. Dezvoltarea nivelului intelectual a fost de 17% la nivel de debilitate mintală, iar în 21% la limita inferioară a normalului. Retardarea motrică măsurată după metoda Ozeretzky — Göllnitz a fost asemănătoare. Farkasinszky şi colab. în 1973 au studiat tulburările apărute în dezvoltarea personalităţii la copii din familiile de alcoolici la 220 copii între 13—15 ani. Au constatat că în 90% alcoolismului patern îi corespunde alcoolismul bunicului. La început, tulburările de comportament apar intrafamilial, mai ales dacă lipseşte compensaţia dragostei materne, cînd trece şi în sfera socială. La testul Roschach au găsit caracteristic: labilitate emoţională, sentiment de nesiguranţă şi anxietate. K. Keiserlingk atrage atenţia asupra influenţei nefavorabile a mediului familiei alcoolice mai ales asupra copiilor astenici, sensibili. M. Schachler în 1969, pe 200 de copii din părinţi etilici găseşte prin testul Binet—Simon că doar 37,5% au intelectul dezvoltat între 80—120 comparat cu lotul martor din acelaşi mediu social de părinţi nebăutori, la care această cifră este de 61%. Tot el atrage atenţia asupra importanţei raporturilor interpersonale între părinţi: mama poate divorţa şi părăsi familia, poate să accepte starea etichetîndu-l bolnav sau se poate servi de el, pentru a-şi calma tulburările neurotice inconştiente de dominaţie asupra unei personalităţi slabe. În acest ultim caz mama blochează posibilităţile de vindecare a soţului şi agravează relaţiile care se reflectă negativ asupra copilului.

In lucrarea noastră familia (F) a fost considerată ca un sistem social dinamic, care tinde spre păstrarea sau restabilirea echilibrului propriu, avînd subsisteme parţial independente. F este închisă parţial pentru fenomenele macrosociale cu care comunică prin anumite canale. F este semiautonomă. F are următoarele funcţii: de reproducere, socializare, economică, politică, spirituală, religioasă. F asigură pentru membrii ei sentimentul de siguranţă, stabilitate, iar pentru societate, perpetuarea ei. F are o istorie în timp. F alcoolică nu face faţă decît parţial şi deficitar funcţiilor ei de bază, pe care societatea le aşteaptă de la ea. Din punct de vedere psihodinamic F este un grup în care membrii ei îşi schimbă dorinţe şi fantezia într-un dialog subconştient multipolar. Există tipuri de F patologică. F alcoolică este de tip anxios — neurotică, în care la copii se dezvoltă teama de a rămîne singur şi teama de nimicire. Homoestaza sub triplul aspect de comunicaţie verbală, necesităţi afective şi rol în familie este grav tulburată.

METODOLOGIE

I — Scopul lucrării noastre a fost de a *investiga în mod complex* modificările psihice ale copiilor din familiile alcoolice. În acest scop am chemat părinţii şi copiii din aceste familii prin asistenţele de circumscripţii şi prin cărţi poştale. Aceste familii au fost în evidenţa Laboratorului de sănătate mintală a Policlinicii de adulţi Oradea. Fiecărei F i s-a întocmit un chestionar detaliat cuprinzînd patru grupe mari de întrebări. Primul grup de întrebări se referă la F în întregime, al doilea grup de întrebări se referă la tatăl copiilor, 20 întrebări cuprinde al 3-lea grup şi se referă la mama copiilor. Al 4-lea grup de întrebări interesează copilul. Astfel din 78 *întrebări* am încercat să reconstituim starea psihosocială prezentă a familiei respective.

II — Pe lîngă aceasta fiecare copil a fost supus următoarelor examinări:

1. Examen clinic general. 2. Examenul nivelului intelectual prin testul Wechsler şi Raven adaptat la copii. 3. Testul motric al lui Ozeretzky — Göllnitz. 4. Testul Rozenzweig. 5. Testul Lüscher. 6. Desenul F. 7. Examenul EEG. Traseul EEG a fost considerat ca nematurizat dacă la 7 ani nu a apărut activitate α occipital. deloc sau numai foarte sporadic pe 1—2 sec.; activitatea de bază fiind formată din unde τ, sau dacă la 11 ani nu a apărut activitate (alfa) de 9—10 c/s.

III — Toţi *copiii au fost grupaţi* în funcţie de prezenţa—absenţa unor *factori nefavorabili* şi de *situaţia economică* a F. Am considerat că funcţiile primordiale ale F vor fi cu atît mai grav perturbate, cu cît anamneza relevă prezenţa unui număr mare de factori nefavorabili. Factorii nefavorabili consideraţi au fost următorii:

1) Comportamentul agresiv al tatălui în perioada de beţie acută;

2) Nevroza mamei ca un factor care periclitează considerabil posibilitatea de compensare a situaţiei:

3) Alcolismul bunicului;

4) Nereuşita sau imposibilitatea efectuării tratamentului de dezalcoolizare;

5) Abateri sau conflicte sociale care au fost pedepsite prin amenzi sau condamnări de organele de stat;

6) Comportament agresiv cverulent și în perioadele dintre bețiile acute ;

7) Dezinteres față de problemele copilului atît școlare cît și sociale. Primii doi factori au fost considerați deosebit de importanți, de aceea aici am deosebit patru posibilități fundamentale : agresivitatea tatălui în perioada de beție acută și nevroza mamei aparțin posibilității 1. A doua posibilitate ceva mai favorabilă este caracterizată prin agresivitatea tatălui și lipsa nevrozei la mamă ; a treia posibilitatea asemănătoare se caracterizează prin lipsa de agresivitate a tatălui dar cu prezența nevrozei mamei. Cu 4 era notată situația familiară fundamentală cea mai favorabilă : tatăl liniștit în perioada de beție acută și mama fără semne de nevroză. Cu 5, 6, 7, 8, 9 am notat posibilitățile cînd situației celei mai favorabile i s-au mai adăugat încă 1—2—3—4—5 factori favorabili din cei amintiți adică : un bunic care nu a băut, tratamentul de dezalcoolizare efectuat cu succes, lipsa abaterilor sau conflictelor sociale, comportament adecvat în perioadele dintre beții și interes față de problemele școlare și sociale ale copilului. Cifrele 7—8—9 însemnînd situațiile cele mai favorabile, iar cifrele 1—2—3 cele mai nefavorabile. Sub aspect economic F-le au fost împărțite în trei grupe : grupa I cuprinde F în care tatăl nu lucrează sau este pensionar de boală. Grupa II : tatăl lucrează într-o muncă inferioară calificării lui de bază. Grupa III : tatăl lucrează în profesiunea lui de bază.

IV — Simptomele clinice ale copiilor au fost împărțite în patru categorii :

1. Simptome clinice care apar mai ales ca o tulburare de maturizare : onikofagie. suptul degetului, trichotilomanie, minciună, furturi ;
2. Simptome psihice cu caracter predominant psihic : nevroză anxioasă, nevroză depresivă, nevroză obsesivă, nevroză pitiatică ;
3. Tulburări cu caracter predominant somatic : tulburări de somn, pavorn nocturn, jactatio capitis, cefalee, logonevroză, enurezis, enkoprezis, instabilitate psihomotorie, anorexie.
4. Tulburări cu caracter comportamental : vagabondaj, ocolirea școlii, agresivitate.

REZULTATE

Întrebările noastre fundamentale au fost următoarele :

1) Acuzele anamnestic amintite prin chestionar și simptomele — semnele constatate la examinări se deosebesc la copiii care aparțin diferitelor categorii sau personalitatea individuală a copiilor prin reacțiile particulare pe care le produc șterg semnificația referitor la *importanța gravității „bolii de care suferă F"* ?

2) Dacă apar deosebiri de categorii și grup, *în ce constau acestea ?*

3) Ce semnificația pot avea pentru *personalitatea viitoare a copiilor aceste constatări ?*

1. *Rezultate cu caracter general :* tatăl a fost alcoolic în 40 de F, iar mama în 2 F. 18 F au avut 1 copil, 16 F 2 copii, 4 F 3 copii, respectiv 4 copii. Greutatea la naștere a fost normală cu excepția a 5 cazuri, cînd a fost sub 2 500 g. Dezvoltarea neuropsihică a fost normală în 57 cazuri, în 10 cazuri s-a semnalat o ușoară retardare (sub 6 luni), în 5 cazuri peste 6 luni, la 6 copii datele referitoare la dezvoltarea neuropsihică nu au fost concludente. În 23 F bunicul a fost băutor. Dezalcoolizarea s-a încercat în 22 cazuri, dar cu rezultat favorabil : remisiune de durată numai în patru cazuri. În 20 F tratamentul de dezalcoolizare a fost contraindicat sau refuzat. Condamnări și amenzi din partea organelor de stat au existat în 15 cazuri. Comportamentul adecvat între excesele alcoolice a existat numai la 20 F, în 19 F a fost neadecvat. În 3 F situația comportamentală între beții nu a putut fi lămurită satisfăcător.

2. *Influența situației economice a F* asupra gravității bolii F alcoolice. Gruparea F în funcție de situația economică a arătat că există o aglomerare a cazurilor nefavorabile în grupa I., unde 1/2 din copii aparțin categoriilor 1—2, respectiv 2/3 categoriilor 1—2—3 și numai 1/3 categoriilor 4—5. În grupa II economică numai 1/3 aparțin categoriilor 1—2, iar în grupa III economică cea mai favorabilă numai 1/4 aparțin categoriilor F cele mai nefavorabile, iar categoriile de la 4—9 însumează 66% din cazuri. Aceasta arată că situația economică a F cu cît este mai nefavorabilă cu atît tinde să cuprindă cazuri mai nefavorabile într-un număr tot mai mare. Numărul copiilor din categoriile 1—2—3—4 însumează 69% din numărul total al cazurilor, adică în general situația F este nefavorabilă.

3. Din cei 24 copii care se includ în categoria 1—2, prezintă un număr de 2,5 *simptome pe copil*, cei din categoria a 3-a 1,25 simptome pe copil, categoria a 4-a, 1,31 simptome pe copil, categoria 5 — 1,8 simptome iar categoria 7 (care înglobează și cîte 1 caz din categoriile 9 resp. 6) deci cea mai favorabilă prezintă numai 0,81 simptome pe copil. Aceasta arată o aglomerare de 3 ori mai mare a acuzelor pe copil dacă situația este nefavorabilă.

4. În primele 2 categorii nu am întîlnit nici un caz care să fi fost *asimptomatic* (fără acuze). În categoria 7 din 11 cazuri 7 nu au prezentat semne clinice, iar unul a avut un enurezis nocturn vindecat.

5. *Examenul EEG* a arătat un traseu maturizat pentru vîrstă în 11 cazuri din 19 în categoriile 1—2 ; în schimb în categoria 5 traseul a fost maturizat în 6 cazuri din 8, iar în categoria 7 în 9 cazuri din 11, adică o creștere evidentă a procentelor de cazuri maturizate de la categoriile nefavorabile 1—2 spre cele favorabile din categoriile 5—7. Din 46 copii cu I.N. examinați EEG în 32,6% s-a găsit un traseu nematurizat pentru vîrstă. La 28 copii cu I.L. (25) respectiv DM 3) am găsit în 54% un traseu EEG nematurizat pentru vîrstă. La acești 28 copii în 35,8% anamneza relevă o retardare medie sau gravă în primii 3 ani de viață și doar la 14,5% antecedente semnificative peri sau postnatale.

6. Examenul *nivelului intelectual cu testul Wechsler* a indicat un intelect la nivel de debilitate mintală la 3 copii și la 5 cu testul Raven. Intelect liminar (coeficient între 70—89) a fost găsit în 9 cazuri cu testul Wechsler și în 28 cu testul Raven. Întrucît probele de performanță din cadrul testului Wechsler corelează semnificativ cu rezultatele de la testul Raven,

și cu rezultatele școlare am considerat mai fidele rezultatele de la testul Raven. Astfel din totalul de 71 copii 41,4% au intelectul de limită și 5,7% intelect de nivel de debilitate mintală. 52,9% au intelectul dezvoltat corespunzător vîrstei. Debilitatea mintală apare în exclusivitate în primele 4 categorii de familii cu situație gravă.

7. *Testul Lüscher* a fost aplicat la 61 copii. La 27 copii am găsit rezultate care nu se încadrează în alegerile statistic acceptate : adică alegerea pe primele două locuri a culorilor acromatice și respingerea culorilor fundamentale pe locul 7, 8. La acești 27 copii în primele două locuri au fost alese cu frecvența cea mai mare : galben strălucitor (15). albastru întunecat (7). Despingerea culorilor galben și albastru considerăm că însemnează în cazurile noastre nesiguranță, neliniște, teama de a nu fi neglijat, nemulțumire de o situație existentă nesatisfăcătoare și dorința de evadare. Compensarea acestor culori se face cu culorile violet (15) și negru (7), fapt pe care-l interpretăm ca opoziționism protestator față de situația dezagreabilă și nevoia de a se identifica cu cineva.

8. *Testul Rosenzweig* a fost efectuat la 63 copii. Atitudinea extrapunitivă (E+) a apărut la 22 copii cu valori peste media standard. Aceasta pledează pentru agresivitate, opoziție. Atitudinea impunitivă (M—) a apărut la 21 copii sub valorile de medie standard, ceea ce indică lipsa contactului emoțional, empatie scăzută, atitudine egocentristă. Atitudinea intrapunitivă (I—) apare la 13 copii sub valorile de medie standard aceasta arată o încredere exagerată în sine, complexe de inferioritate supracompensate. Tipul de reacție E—D a fost peste medie (E—D+) în 17 cazuri, aceasta indică o reactivitate, agresivitate crescută, iar tipul de reacție N—P a fost scăzut (N—P—) față de medie în 15 cazuri, ceea ce înseamnă un interes scăzut atît pentru eficiența activității cît și pentru pretențiile personale. O—D nu a arătat rezultate semnificative. Testul Rosenzweig nu a arătat deosebiri semnificative în funcție de gravitatea situației familiale. Aceasta arată că și în cazurile aparent ușoare clinic, sau chiar asimptomatice, au apărut deja modificări reactive psihice în direcția unei frustrări, relevate prin test.

9. *Testul Ozeretzky-Göllnitz* a arătat o retardare față de vîrstă de 1—2 ani în 15 cazuri și peste 2 ani la 5 copii. În total în 20 de cazuri din grupul retardărilor motrice mai mari 5 au avut I.N. 10, I.L. respectiv D.M. Din grupul cu retardări peste 2 ani 4 au avut intelect la limită — respectiv debilitate mintală și 1 intelect normal. Din acești 20 de copii cu retardare motrică 18 aparțin categoriilor de copii 1—4 și numai 2 categoriilor peste 4. Din cei 5 copii care prezintă retardare motrică peste 2 ani, 4 aparțin categoriilor de F 1—5.

10. *Desenul F* a exprimat în general o legătură afectivă slabă între membrii F. În primele trei categorii tatăl a fost omis de 6 ori din desenul F în schimb în categoriile 4, 5, 6, 7, 9 numai odată. În primele trei categorii 32 au efectuat desenul F în celelalte categorii 36 copii.

11. *Testele proiective* de personalitate indică diferențe procentuale relativ moderate în funcție de categoriile de gravitate a F., mai mari la testul Lüscher decît la testul Rosenzweig — în schimb deosebirile de categorie sînt mai evidente în testele de aptitudini Wechsler, Raven. Ozeretzky-Göllnitz. Rezultatele examinărilor EEG la fel arată deosebiri importante în funcție de gravitatea situației F.

CONCLUZII FINALE

1. Examinările noastre arată că în cadrul familiilor de alcoolici există un grup de copii de aproximativ 25% care prin simptomatologia foarte bogată este deosebit de periclitată în dezvoltarea normală a personalității.

2. O mamă sănătoasă încă — care nu suferă de nevroză sau altă boală psihică — poate compensa efectul negativ al tatălui în mare măsură.

3. Dezvoltarea personalității acestor copii înspre diferitele forme de personalități psihopate sau nervoase la vîrsta de adult este mult favorizată prin mecanismele psihopatologice cunoscute : imprimarea unor trăiri deosebit de grave care lasă urme adînci în dezvoltarea personalității, prin însumarea fazic — succesiv — addilivă a trăirilor negative cu efecte imediate (enurezis, ticuri etc.). sau prin stări negatve de mică intensitate dar persistente des repetate și care nu lasă efecte imediate ci mai tardive. Toate aceste mecanisme pot fi prezente la acești copii și duc treptat la o izolare socială progresivă, egocentrism, neinfluențabilitate psihopedagogică și în final la o scădere însemnată a adaptabilității psihosociale.

4. Propunem o evidență specială pentru acești copii cu scopul de a fi urmăriți și tratați în permanență prin cele mai variate metode de tratament medicamentos, psihic, inclusiv scoaterea temporară, sau chiar definitivă din familie. Aceasta ar fi și o activitate profilactică a alcoolismului adultului.

CONSIDERAȚII CLINICO-STATISTICE ASUPRA ETILISMULUI LA MECANICII DE LOCOMOTIVĂ

I. Călinescu
— *Galați*

Consumul abuziv de alcool tinde să constituie una dintre cele mai serioase și grave probleme de sănătate publică în lumea contemporană, fiind considerat de unii a 4-a problemă de sănătate publică. Consecințele alcoolismului pe plan economic și social sînt de asemeni importante.

Scopul lucrării este discutarea cazurilor de etilism cronic la mecanicii și mecanicii ajutori de locomotivă din teritoriul Regionalei C.F.R. — Galaţi.

Remarcăm faptul că aceste cazuri au fost depistate activ în cadrul controlului periodic efectuat în cursul anului 1979, de asemenea, că, pînă în noiembrie 1978, nu a existat medic psihiatru în cadrul policlinicii.

În anul 1979 au fost examinaţi 839 mecanici locomotivă şi 713 mecanici ajutori de locomotivă şi fochişti.

Nu vom face aprecieri statistice asupra consumatorilor de băuturi alcoolice, ci vom discuta numai despre acei subiecţi cu un grad de dependenţă fizică şi/sau psihică faţă de alcool, încadraţi în tipul gama şi/sau delta de alcoolism după Jellinek.

Din cei 839 de mecanici de locomotivă şi 713 mecanici ajutori de locomotivă examinaţi în cursul anului 1979, au fost depistaţi 16 subiecţi (deci 1,03% din lotul studiat) cu semne de etilism cronic ce pot fi încadraţi în tipul gama sau delta după Jellinek.

Repartiţia acestor cazuri în funcţie de vîrstă este următoarea : între 34—38 ani 3 cazuri, între 40—50 ani 12 cazuri, peste 50 ani 1 caz. Nici unul din aceşti subiecţi nu s-a adresat spontan la serviciul de psihiatrie.

Şase din aceşti subiecţi au lucrat ca fochişti peste 10 ani şi ulterior au fost promovaţi în mecanici ajutori locomotivă şi mecanici locomotivă. Zece au domiciliul în mediul urban şi şase în mediul rural sau suburban. Cincisprezece au primit cel puţin o sancţiune cu diminuarea retribuţiei lunare, iar trei au fost retrogradaţi din funcţie pe timp de trei luni.

Surprinzător este faptul că numai unul din cei 16 subiecţi are peste 50 zile concediu medical în ultimele 12 luni.

Nu sîntem în posesia unor date care să arate implicarea acestor mecanici de locomotivă la evenimente (accidente) de cale ferată.

Nu putem furniza date despre situaţia lor familială.

În ceea ce priveşte atitudinea examinatorului în faţa acestor cazuri de etilism cronic la mecanicii ajutori şi mecanicii de locomotivă, notăm că, iniţial toţi au fost retraşi temporar din funcţie pentru siguranţa circulaţiei pe o durată de 1—3 luni, în funcţie de intensitatea semnelor clinice de etilism cronic şi trataţi ambulator (vitamine, regim igieno-dietetic, psihoterapie), doar unul a fost internat în spital. Ulterior 3 cazuri (deci 18,7%) au fost trecuţi în aceeaşi funcţie (ca mecanici locomotivă la trenuri marfă cu viteza sub 100 km/oră). Alţi opt (50%) au fost trecuţi în funcţii cu solicitare redusă (ca mecanici locomotivă la manevră în staţie şi depou sau la C.F.U.), iar patru (25%) au fost declaraţi inapţi.

Toţi sînt examinaţi medical periodic.

Discuţii. — Etilismul cronic constituie în momentul actual o problemă deosebită de sănătate publică cu repercusiune importantă pe plan economico-social, repercusiune ce capătă o importantă deosebită în sectorul celor ce lucrează în funcţii ce concură la siguranţa circulaţiei în transporturi.

Studiul nostru a căutat să prezinte unele consideraţii asupra etilismului cronic la mecanicii ajutori şi mecanicii de locomotivă din teritoriul Regionalei C.F.R. Galaţi.

Nu sîntem în posesia unor date ce ne-ar permite comparaţia cu situaţia din alte Regionale C.F., dar, considerăm că procentajul cazurilor de etilism cronic la mecanicii ajutori de locomotivă şi mecanicii de locomotivă de 1,03% este mare ţinînd cont de responsabilitatea deosebită ce o are această categorie de salariaţi. Şi chiar dacă nu putem atinge procentajul ideal de 0 cazuri este salutar faptul că nu întîlnim cazuri de etilism cronic la mecanicii şi mecanicii ajutori de locomotive ce circulă cu viteze mari (peste 100 km/oră) sau la trenuri de călători. La manevră în staţie sau depou, sau la C.F.U. consecinţele unui eveniment (accident) sînt mai mici datorită vitezei reduse de deplasare a trenurilor cît şi intervenţiei altor factori ce concură la siguranţa circulaţiei.

Vîrsta cu cea mai mare frecvenţă a cazurilor de etilism cronic este între 40—50 ani, ani cînd ar fi trebuit să existe o deplină maturitate profesională.

Ar fi necesar un control medical şi o depistare a consumatorilor de băuturi alcoolice atît la începutul programului (cum se procedează curent), cît şi la sfîrşitul programului în special la cei ce lucrează la manevră în staţie, depou sau la C.F.U.. sau măcar la cei ce sînt consideraţi a fi consumatori de băuturi alcoolice (şi care sînt mai numeroşi decît cei cu semne de etilism cronic).

Trebuie acordată o atenţie deosebită tuturor consumatorilor de băuturi alcoolice printre mecanicii şi mecanicii ajutori de locomotivă, fiind bine cunoscut faptul că la 12 ore de la ingestie în organism mai rămîne 30% din cantitatea de alcool, iar o alcoolemie de numai 0,5‰, deşi considerat stadiul infraclinic, cercetările psihologice au constatat o mărire a timpului de reacţie şi o scădere a răspunderilor recent învăţate.

Toate cazurile de etilism cronic depistate au fost dispensarizate la nivelul policlinicii.

Este necesar ca şi medicul de medicină generală să privească cu exigenţă consumatorii de băuturi alcoolice dintre mecanicii ajutori şi mecanicii de locomotivă.

Este necesară intensificarea muncii de educaţie sanitară în rîndul celor ce concură la siguranţa circulaţiei în transporturi.

Toate aceste măsuri nu au alt scop decît prevenirea accidentelor de circulaţie, păstrarea securităţii umane şi evitarea pagubelor materiale.

Închiderea sesiunii

Texte prescurtate

Prof. dr. Claude Veil
Sorbona — Paris

Doamna Simulescu tocmai ne-a rezumat esenţialul lucrărilor noastre, şi n-aş putea deci să adaug nimic cu adevărat substanţial. Dar poate că punctul de vedere al unui participant străin va aduce o adăugire utilă acestui rezumat, chiar dacă este acelaşi conţinut altfel aranjat.

Am fost frapat de bogăţia, chiar de profunzimea contribuţiilor. Nu e exagerat să spun că am văzut la lucru o imaginaţie creatoare care deschide noi perspective psihiatriei, pe fondul unei munci cotidiene foarte serioase, adică ceea ce se mai numeşte o solidă experienţă clinică. În acest sens mai multe persoane nu au uitat să insiste asupra necesităţii de a înrădăcina imaginaţia în concret.

Se pare că, într-un anume fel, ne aflăm la un punct de cotitură a ştiinţei psihiatrice. Societatea a evoluat, evoluează sub ochii noştri, iar diferenţele se afirmă tot mai mult. Schemele de descriere şi de acţiune care conveneau acum doar cîţiva ani nu vor mai fi suficiente în viitor, bineînţeles, nu sînt cîtuşi de puţin false, şi chiar participanţii cei mai tineri au evitat capcanele unei dispute între cei vechi şi cei moderni. De asemenea, participanţii mai în vîrstă s-au arătat foarte deschişi faţă de o gîndire prospectivă.

Aceasta conduce, în chip firesc, la conştientizarea fenomenelor Psihiatriei sociale. Teoriile monodisciplinare se relevă insuficiente dar nu pot, prin aceasta, să paralizeze progresele practicilor pluridisciplinare.

Printre domeniile unde a apărut ca deosebit de important şi de urgent de a aprofunda cunoştinţele s-au impus mai ales *prevenirea şi cercetarea fundamentală asupra etiologiei tulburărilor mintale.*

Două necesităţi au fost, mai ales, puse în lumină: *dezvoltarea cercetărilor pluridisciplinare* (ceea ce impune mijloace din ce în ce mai masive, mijloace importante în ceea ce priveşte personalul, aparatele şi, fireşte banii), *reînnoirea pedagogiei*. În această privinţă, aşa după cum am crezut necesar să insist, noile realităţi sociale noile formulări teoretice, noile practici, sînt surse dar şi exigenţa unei noi pedagogii necesară pentru ca practicienii să fie pregătiţi pentru noua lor sarcină. Şi aici se poate remarca faptul că nu e vorba să punem în cauză pedagogia de astăzi, care are raţiunile ei de a fi şi propriul ei cîmp de aplicaţie, şi care este de altfel aceea (dacă nu cumva este cea de ieri) care ne-a pregătit să vorbim în acest moment. Problema este de a construi astăzi pedagogia de mîine. Începem să ştim ce va fi această pedagogie, şi prin urmare sîntem în măsură să decidem dacă socotim oportun să o folosim acum, în care caz achiziţiile tehnice de care dispunem ne permit fructuoase aplicaţii.

Devin la constatarea pe care o făceam acum cîteva clipe. Contactele mele anterioare cu colegii din Iaşi mi-au arătat că ei s-au angajat decis pe aceste căi de viitor. Lucrările din aceste două zile mi-au permis să constat că acest angajament, această mişcare către viitor este, vizibilă la colegii veniţi din întreaga Românie.

Şi aceasta contribuie la răspunsul pe care îl pot da întrebării puse de profesorul Brânzei. E foarte adevărat că numele Domniei sale este adesea citat elogios în afara graniţelor României, prin participarea sa la lucrările internaţionale, mai ales la acelea ale OMS. Este absolut inevitabil şi perfect justificat, ca numele său să fie cunoscut în mediile organizaţiilor internaţionale ştiinţifice neguvernamentale. Înţeleg perfect de ce profesorul Brânzei a insistat astăzi, aici, aşa cum a făcut-o de atîtea ori cu alte ocazii, pentru ca acel caracter colectiv al operei la care el participă, alături de mulţi alţii, să fie în mai mare măsură recunoscut în străinătate. În ceea ce mă priveşte, mă voi strădui bucuros în acest sens; iar lucrările la care am participat aici mă vor ajuta să o fac.

Madamme SIMULESCU vient de vous rapporter l'essentiel de nos travaux, dans le II-ème Auditorium et je ne saurais donc rien y ajouter de vraiment substantiel. Mais peut-être le point de vue d'un participant étranger peut-il apporter un complément utile à ce compte rendu, même si c'est le même contenu arrangé autrement.

J'ai été frappé par la richesse, et même la profusion des contributions. Ce n'est pas exagéré de dire que j'ai vu à l'oeuvre une imagination créatrice qui ouvre de nouvelles perspectives à la psychiatrie, sur un fond detravail quotidien très sérieux, ce qu'on appelle aussi une solide expérience clinique. A ce propos. plusieurs personnes n'ont pas manqué d'insister sur la nécessité d'enraciner l'imagination dans le concret.

Il semble que, de quelque façon, nous soyons à un tournant de la science psychiatrique. La Société a évolué, elle évolue sous nos yeux, et des différences

s'affirment. Les schémas de description et d'action qui convenaient il y a quelques années encore ne seront plus suffisants dans l'avenir ; bien entendu, ils ne sont aucunement faux, et même les participants les plus jeunes ont évité le piège d'une querelle des anciens et des modernes. De même, les intervenants plus âgés se sont montrés très ouverts à une pensée prospective.

Ceci conduit naturellement à une prise de conscience de la complexité des phénomènes de la Psychiatrie sociale. Les théories monodisciplinaires, se révélant insuffisantes, ne sauraient pour autant paralyser les progrès des pratiques pluridisciplinaires.

Parmi les domaines où il est apparu particulièrement important et urgent d'approfondir les connaissances, on a nettement perçu la *prévention et la recherche fondamentale sur l'étiologie des troubles mentaux.*

Deux besoins ont été particulièrement mis en lumière : le *développement des recherches pluridisciplinaires* (ce qui nécessite des moyens de plus en plus lourds, des moyens importants en personnel, des moyens importants en machines, et bien entendu des moyens importants en argent), le *renouvellement de la pédagogie.* A cet égard. comme j'ai cru devoir y insister, les nouvelles réalités sociales, les nouvelles formulations théoriques, les nouvelles pratiques, sont la source mais aussi fondent l'exigence d'une nouvelle pédagogie qui est nécessaire pour que les praticiens soient préparés à leur nouvelle tâche. Là encore, on peut remarquer, comme je le disais tout à l'heure, que notre propos n'est pas de mettre en cause la pédagogie d'aujourd'hui, qui a ses raisons d'être et qui a son champ d'application propre, et qui est d'ailleurs celle (à moins que ce ne soit celle d'hier) qui nous a préparés à parler en ce moment. La question est de construire aujourd'hui la pédagogie de demain. Nous commençons à savoir ce que sera cette pédagogie, et par conséquent nous sommes en mesure de décider si nous estimons opportun de la mettre en oeuvre maintenant, au quel cas l'acquis technique que nous possédons dès à présent nous permet de fructueuses applications.

Je reviens au constat que je faisais il y a quelques instants. Mes contacts antérieurs avec les collègues de Iaşi m'avaient montré qu'il étaient bien engagés dans les voies d'avenir. Les travaux de ces deux journées m'ont permis de constater que cet engagement, ce mouvement vers l'avenir, était aussi sensible parmi les collègues venus de toute la Roumanie.

Et ceci contribue à la réponse que je puis donner à la question que me posait le Professeur BRANZEI. C'est bien vrai que son nom est souvent cité avec éloge en dehors de la Roumanie, parce que le Professeur BRANZEI est connu par ses écrits, par sa participation aux travaux internationaux, notamment à ceux de l'Organisation Mondiale de la Santé. Il est tout à fait inévitable, et il est parfaitement justifié, que son nom soit connu des milieux des organisations internationales scientifiques non gouvernementales. Je comprends parfaitement que le Professeur BRANZEI ait insisté aujourd'hui ici, comme il l'a fait bien souvent ailleurs, pour que le caractère collectif de l'oeuvre à laquelle il participe et pour que beaucoup d'autres noms que le sien soient davantage reconnus à l'Etranger. Pour ma part. c'est bien volontiers que je m'y emploierai ; et précisément les travaux auxquels je viens de participer m'y aideront.

Prof. dr. Ion Hăulică
Prorector IMF — Iaşi

Revenindu-mi cinstea de a aduce cuvîntul Institutului de medicină, vă rog să-mi îngăduiţi mai întîi să vă mărturisesc că pentru noi evenimentul festiv de astăzi prezintă o dublă semnificaţie. Mai întîi el este expresia preţuirii de care se bucură din partea conducerii de partid şi de stat a celor ce slujesc cu dăruire şi competenţă cauza sănătăţii oamenilor.

În al doilea rînd evenimentul reprezintă recunoaşterea activităţii prestigiosului colectiv al Şcolii de la Socola, condusă de mulţi ani cu deosebită competenţă de profesorul dr. Petre Brânzei.

Institutul nostru se simte onorat de cinstea care se face astăzi Şcolii de la Socola şi vede în aprecierea adusă conducătorului şcolii şi instituţiei de la Socola, un oarecare grad de apreciere adusă şi instituţiei din care face parte o mare parte din colectivul Şcolii de la Socola.

Realizările pe plan didactic, ştiinţific, organizatoric, social obştesc sînt bine cunoscute atît în ţară cît şi în străinătate în aşa fel încît Şcoala de la Socola continuînd tradiţia şi-a cîştigat noi aprecieri, noi perle în salba valorilor Şcolii medicale româneşti.

Profesorul Dr. Petre Brânzei înţelegînd că studenţii au nevoie mai mult de exemple decît de vorbe, s-a devotat carierei didactice devenind unul din cei mai valoroşi profesori ai şcolii medicale ieşene şi psihiatriei româneşti. Pe plan de cercetare, după cum vă este cunoscut, realizările de la Socola sînt deosebit de substanţiale în conţinut şi elevate în formă, ca exemplu aşi da — Conceptul bio-psiho-social — care a fost preluat după cum se ştie de OMS şi extins pe plan internaţional.

Acestea sînt motive care dau satisfacţie deosebită, pe care le simte şi Institutul de medicină alături de slujitorii colectivului de la Socola. Cadrele didactice şi întregul personal al Institutului de medicină şi farmacie felicită colectivul de la Socola în frunte cu profesorul dr. Petre Brânzei şi urează deplin succes şi noi realizări în activitatea prezentă şi viitoare.

Having the honour to speak on behalf of the Institute of Medicine I am asking you first to allow me to confess that today's anniversary has for us a double significance. First, it is the expression of the esteem enjoyed by those who serve with abnegation and competence the cause of people's health on the part of the state and party leadership.

Secondly, this event represents the recognition of the activity of the highly reputed personnel of the Socola School, led with a particular competence by Prof. dr. Petre Brânzei.

Our Institute is honoured by the present-day consideration of the Socola School and sees in the appreciation of its leader a certain degree of appreciation for the institution a large number of the Socola School staff belong to.

The achievements in the didactic, scientific, organizational, socio-public fields are well knkown both in our country and abroad and continuing the tradition they won new appreciations, new pearls in the range of values of the Romanian medical school.

Prof. dr. Petre Brânzei, understanding that students need more examples than words, devoted himself to the didactic career, becoming one of the most distinguished professors of the Iaşi medical school and of the Romanian psychiatry. In the research field, as you already knokw, the achievements of Socola School are extremely substantial in content and elevated in form. As an example I shall mention the bio-psycho-social concept — which was, as we all know, taken over by WHO and extended on an international scale.

These are reasons which give a particular satisfaction felt not only by the Socola staff but also by the Institute of Medicine. The teaching staff and the entire personnel of the Institute of Medicine and Pharmacy congratulate the Socola staff, headed by Prof. dr. Petre Brânzei and whishes them to meet new succeses and new achievements in the present and future activity.

COCLUZIILE SESIUNII

Sesiunea ştiinţifică jubiliară s-a desfăşurat pe auditorii după cum urmează :

I. Problematica medico-psiho-pedagogică a copilului şi adolescentului ;

II. Relaţia om-mediu şi sanogeneza ;

III. Recuperare şi reintegrare — modalităţi actuale şi de perspectivă ;

IV. Sănătate mintală şi asistenţă psihiatrică ;

V. Structură şi funcţie în procesualitatea activităţii psihice ;

VI. Alcoolismul, implicaţii bio-psiho-sociale (al II-lea simpozion).

Sesiunea a reunit în echipă complexă psihiatri, psihologi, sociologi, igienişti, biologi, ergonomişti, jurişti. oameni de ştiinţă dn ţară şi străinătate, cointeresaţi în asigurarea integrării armonioase biologice, psihologice şi sociale a bolnavului psihic, a prevenirii fenomenelor de risc adaptativ, în apărarea şi promovarea sănătăţii populaţiei.

În cadrul comunicărilor şi discuţiilor purtate, cît şi în cadrul concluziilor prezentate de fiecare auditoriu în parte, au fost formulate preocupările actuale şi de perspectivă, ale psihiatriei contemporane cu referire la procesualitatea adaptării, integrării şi recuperării în perspectiva preocupărilor constante şi profund umaniste a apărării şi promovării sănătţii mintale a populaţiei caracteristică şcolii româneşti de psihiatrie.

În concordanţă cu prevederile de apărare şi promovare a sănătăţii mintale, elaborat de Ministerul Sănătăţii, în decembrie 1971, şi reactualizat de Consiliul Sanitar Superior, în noiembrie 1976, participanţii la discuţii au concluzionat cu precădere asupra următoarelor aspecte mai semnificative pentru fiecare auditoriu în parte.

AUDITORIUL 1 :

1.1 depistarea precoce şi diferenţiată a cauzelor biologice, psihologice şi sociale generatoare de risc adaptativ şi instructiv-educativă prin determinarea în echipă interdisciplinară a nivelului de dezvoltare psihică la copiii preşcolari şi şcolari mici, corelativ cu instituirea corespunzătoare a măsurilor psihopedagogice de recuperare intensivă în condiţii corespunzătoare organizate ;

1.2 depistarea şi instituirea precoce a măsurilor de recuperare a copiilor deficienţi prin orientarea lor corespunzător unei metodologii dinamice diferenţiate în raport de fiecare situaţie în parte ;

1.3 instituirea şi aprofundarea creatoare a metodelor complexe de psihoterapie integratoare în cazul copiilor în situaţii critice socio-familiale, prin colaborarea cu comisiile de tutelă, organele de justiţie şi instituţiile pentru ocrotirea minorilor ;

1.4 diversificarea şi amplificarea consecventă a prevederilor Ministerului Sănătăţii, Educaţiei şi Învăţămîntului şi a Ministerului Muncii prin aplicarea creatoare a planului comun de acţiune configurat în acest sens ;

1.5 prevenirea manifestărilor discomportamentale în stadiul infantilo-juvenil prin intensificarea colaborării active dintre Serviciul psihosocial (LSM) şcoală şi familie, cu instituirea măsurilor educative psiho-pedagogice şi medicale corespunzătoare, inclusiv psihoterapia familiei.

1.6 perfecţionarea şi dezvoltarea dispensarizării tineretului cu deficit neuro-psihic prin îmbunătăţirea metodologiei de depistare activă, recuperare, reorientare profesională, calificare şi inserţie socio-profesională, în raport de fiecare caz în parte.

AUDITORIUL 2 :

2.1 intensificarea acţiunilor corespunzătoare de corectare a factorilor negativi de mediu asupra proceselor adaptative ;

2.2 aplicarea susținută a măsurilor de ergonomie integratorie pentru optimizarea relației „om-mașină-mediu“, în vederea prevenirii eșecului adaptativ în activitatea industrială ;

2.3 perfecționarea interrelațiilor de microgrup productiv în vederea prevenirii stărilor stressante în procesualitatea adaptativă ;

2.4 dezvoltarea și consolidarea sectoarelor de ergonomie integratorie, ca mijloc activ de recuperare precoce a riscului sau eșecului adaptativ în mediul industrial ;

2.5 intensificarea, perfecționarea și diversificarea acțiunilor de educație sanitară a populației în vederea participării active la anularea sau contracararea factorilor subliminari, ambietali, care , prin acțiune sumativă, pot, eventual, exercita o acțiune defavorabilă asupra procesualității adaptative.

AUDITORIUL 3 :

3.1 dezvoltarea și consolidarea acțiunilor de asistență extraspitalicească prin intensificarea activităților în condiții organizatorice satisfăcătoare de lucru în echipă ;

3.3 crearea, dezvoltarea și perfecționarea sectoarelor de psihoterapie integratoare atît în spitalele de profil cît și în cadrul LSM în vederea recuperării, reintegrării, reinserției și resocializării bolnavilor psihici, cu dezvoltarea concomitentă a metodologiei necesare acestor obiective ;

3.3 generalizarea, perfecționarea și optimizarea la nivelul fiecărui județ, a spitalelor cu profil de ergoterapie recuperatorie, pentru bolnavii psihici cu evoluție prelungită și/sau necesitate de asistență protejată ;

3.4 asistența corespunzătoare în cămine spital a bolnavilor vîrstei a treia cu suferințe psihice concomitente, dezvoltînd în acest sens *colaborarea cu dublă deschidere*, ca și în cazul spitalului de psihiatrie, între societate și instituțiile de asistență, acțiune ce presupune totodată și cointeresarea nemijlocită a familiei și/sau aparținătorilor persoanelor asistate.

AUDITORIUL 4 :

4.1 dezvoltarea laboratoarelor de explorări clinice și funcționale în cadrul spitalelor importante de profil pentru realizarea investigațiilor complexe neuro-endocrino-umorale necesare unei asistențe calitativ superioare, ca și a dezvoltării cercetării în echipă interdisciplinară corespunzătoare nivelului dezvoltării științelor și exigențelor științifice contemporane ;

4.2 selectarea prin concurs diferențiat a medicilor secundari în psihiatrie, în vederea asigurării cu cadre corespunzătoare exigenelor și responsabilităților ce revin asistenței psihiatrice contemporane ;

4.3 dezvoltarea, perfecționarea și optimizarea asistenței semiambulatorii prin servicii de zi și/sau sanatorii de noapte, atunci cînd este cazul ;

4.4 organizarea în cadrul serviciilor psihiatrice extraspitalicești universitare a consultațiilor genetice ca parte integrantă a activității în echipă a asistenței psihiatrice ;

4.5 în cadrul perfecționării și optimizării relației cost-beneficiu eficiență în activitatea serviciilor de asistență psihiatrică se subliniază necesitatea perfecționării organizatorice pe verticală a echipei medico-administrative ;

4.6 dezvoltarea relațiilor omnipractician-psihiatru în asistența spitalicească și extraspitalicească, inclusiv prin perfecționarea învățămîntului de integrare a psihiatriei în practica medicinei generale ;

4.7 se sugerează crearea și dezvoltarea unor sectoare diferențiate de asistență a copilului cu handicap neuro-psihic sever în perioada 0—3 ani în cadrul serviciilor de pediatrie.

AUDITORIUL 5 :

5.1 acordarea atenției corespunzătoare, conform planului pe termen lung de dezvoltare a asistenței psihiatrice, problematicei privind informarea, specializarea și perfecționarea medicilor de specialitate atît prin cursuri adecvate, cît și prin schimburi de experiență permanente între centrele universitare și teritoriu, iar atunci cînd este cazul și cu străinătatea, după un program științific stabilit. Recomandarea respectivă se referă și la personalul mediu și administrativ din instituțiile de asistență psihiatrică.

AUDITORIUL 6 :

Deferitor la implicațiile medico-sociale ale alcoolismului ca fenomen semnificativ de morbiditate onirofilică mondială, auditoriul șase formulează următoarele concluzii :

6.1 structura consumului de băuturi alcoolice evidențiază, în ultimul timp, prevalența băuturilor distilate, ceea ce amplifică astfel potențialul toxic al uzanței etanolice.

6.2 atitudinea profilactico-curativă în alcoolism este multidimensională, îmbinînd concomitent metode biologice, psihologice și sociale, procesul educativ cointeresînd în acest sens totalitatea instituțiilor comunitare implicate în apărarea și promovarea sănătății populației.

6.3 pentru prevenirea și combaterea alcoolismului apar ca necesare următoarele acțiuni prioritare :

a — adoptarea de măsuri prospective care să permită identificarea precoce și mai cuprinzătoare a cauzelor favorizante în apariția alcoolismului ;

b — combaterea consumului nerațional de băuturi alcoolice, în primul rînd la genitări, a femeilor în cursul sarcinii, al alăptării și la copilul mic pentru a reduce astfel efectele disgenetice și encefalodistrofiante severe pe care le implică ;

c — evaluarea daunelor economice pe plan familial și social produse de alcoolismul acut, cît și de alcoolomaniile dezvoltate pe patul alcoolismului cronic ;

d — pentru evitarea riscurilor complementare datorită produșilor toxici, existenți sau adăugați în mod ilicit în băuturile alcoolice, se impune adoptarea și includerea în legislația actuală a unor reglementări precise privind calitatea, vehicularea și consumul băuturilor alcoolice ;

e — realizarea de băuturi slab alcoolizate și de bună calitate în cantități suficiente și darea în folosință a unor cantități mari de băuturi nealcoolizate cu aspect și gust agreabil ;

f — intensificarea și diversificarea acțiunilor de culturalizare prin educație elevată a populației pentru evitarea consumului nerațional de băuturi alcoolice, cit și a tuturor drogurilor perturbatoare ale nivelului de cunoștință.

CONCLUSION SESSION

The jubilee scientific session took place in 6 auditoria on the following matters :

I. Medical-psycho-pedagogical problems of the child and adolescent ;

II. Man-environment relationship and sanogenesis ;

III. Recovery and integration — present-day and future methods ;

IV. Mental health and psychiatric care delivery ;

V. Structure and function in psychic activity processes ;

VI. Alcoholism. bio-psycho-social implications (the second symposium).

This session gathered in a complex interdisciplinary team psychiatrists, psychologists, sociologists, hygienists, biologists, ergonomists, jurists, scientists from our country and from abroad interested in the harmonious biological, psychological and social integration of the mental patient as well as in the prevention of the phenomena of adaptation risks, in maintaining and promoting public health.

Both the papers and the discussions as well as the conclusions handed on by each auditorium, revealed the present-day and future concerns of the contemporary Romanian psychiatry regarding the processes of adaptation, integration and readjustment considered in the light of our steadfast and deeply humanistic concerns for the protection and promotion of people's mental health.

In agreement with the directions of the plan for mental health protection elaborated by the Ministry of Health in December 1971 and brought up-to-date by the Superior Sanitary Council in November 1976, those who took part in the discussions dealt especially with the following problems, considered to be of the greatest interest for each auditorium :

Auditorium 1 :

1.1 The early and differentiated inference of biological, psychological and social causes generating the adaptation risk to instruction and education based on the determinants by an inter-disciplinary team on the level of psychic development in both children under school age and early school children and the establishment of corresponding psychopedagogical measures of intensive readjustment under proper organized conditions.

1.2 The early inference and setting up of measures for the readjustment of the handicapped children by guiding them according to a differentiated dinamic methodology and to each particular situation.

1.3 The setting up and the creative research of the complex methods of integrating psychotherapy for the children with critical socio-familiar situations, through the cooperation with wardship committees, justice bodies and institutions for children protection.

1.4 The consistent diversification and amplification of the directions of the Ministries of Health, Instruction and Education and the Ministry of Work through the creative application of the mutual plan for cooperation in this respect.

1.5 The prevention of disbehavioural manifestations at the infant-juvenile stage through the intensification of the active cooperation between the Mental Health Service, School and family together with the implementation of the corresponding psycho-pedagogical and medical measures, including the psychotherapy of the family.

1.6 The improvement and the development of the out-care for the young people with severe vere neuro-psychic deficiencies by perfectioning the methodology for active discovery, recovery, professional, readjustment, qualification and social-professional insertion in each particular case.

Auditorium 2 :

2.1 The intensification of the corresponding activities in agreement with the operating legal directions for the correction of the negative factors with demodulating effects on the process of adaptation.

2.2 The steadfast application of the integrative ergonomic measures for the most profitable turning into account of the man-machine-environment relationship for the early prevention of the adaptation failure in industrial activity.

2.3 The improvement of the interrelations inside a productive micro-group to prevent the stressing tensions in the adaptation processes.

2.4 The development and consolidation of the departments of integrative ergonomy, as active means of early prevention of adaptation risks or failure.

2.5 The intensification, improvement and diversification of the measures for public sanitary education in order to annul or to counteract the subliminal environmental factors which by summation could influence un favourably the adaptation processes.

Auditorium 3 :

3.1 The development and consolidation of out-care through the intensification of the activities in the Mental Health Service much satisfactory organizing conditions for team work.

3.2 The creation, development and improvement of the department of integrative psychotherapy both in special hospitals and in the Mental Health Service to re-integrate, reinsert and re-socialize the mental patient simultaneously with the development of the necessary methodology.

3.3 The generalization, improvement and modernization of hospitals in every county to provide readjustment ergotherapy for long-term mental patients who need protected care.

3.4 The corresponding care delivery in the homes for the mental patients belonging to the 3 rd age making use of a double cooperation, as it is the case of the hospitals of psychiatry, with both society and the care delivery institutions, attracting the family and/or other interested persons.

Auditorium 4 :

4.1 The development of the functional exploratory services as part of the most important special hospitals in such a way as to be able to make complex clinical investigations necessary for both a better care delivery and the raising of the multidisciplinary group investigations to the level of contemporary exigencies.

4.2 The selection by means of competitive examination of the secondary physicians in psychiatry in view of ensuring the necessary staff corresponding to the present-day exigencies of psychiatric care.

4.3 The development. improvement, modernization of the semi — care delivery; in day-services as well as in night-asylums.

4.4 The setting up of genetical consultations in the extra-hospital psychiatric services as a part of the care of the psychiatric team.

4.5 As far as the improvement and modernization of the cost-benefit efficiency in the psychiatric care delivery services is concerned, the necessity of improving the organization of the medical-administrative staff is emphasized.

4.6 The development of the relationship general practitioner-psychiatrist in intra-and extra-hospital care delivery.

4.7 The creation and development of differntiated care delivery services for the severe neuro-psychic handicapped childen of 0—3 years of age is suggested.

Auditorium 5 :

5.1 The attention will be paid, as stated in the long-term plan for the psychiatric care delivery to the informing, specializing, qualification of the medical staff both by means of adequate courses and by permanent experience exchanges with clinical and territorial centres and with centres from abroad, following a well-defined scientific programme. This holds good for the attendant and the administrativ staff, too.

Auditorium 6 :

6.1 Considearing the medico-social implications of alcoholism as a phenomenon causing would-wide morbidity, aud. 6 came to the following conclusions :

— The study of alcohol consumption has pointed out the prevalence of distilled drinks, distillation leading to a raise in their toxic potential.

6.2 The prophylactic-curative treatment of alcoholism is many-sided, using biological, psychological and social-educative methods at one and the same time and thus getting interest of all the social institutions concerned with the defence and promotion of the people's health.

6.3 The following priority activities are necessary for the prevention and struggle against alcoholism :

a) the adoption of prospective measures able to early and throughly identify the causes which determine alcoholism ;

b) the struggle against unreasonable consumption of alcoholic drinks especially in the case of genitors, pregnant women, mothers with sucklings to cut down the encephalodistrophiant and disgenetic effects ;

c) the assessment of economic, familial and social damages caused by acute alcoholism and alcoholomania following chronic alcoholism ;

d) to avoid the complementary risks due to toxic produces which exist or are fraudulently added to alchololic drinks, the adoption of certain regulations concerning the quality of alcoholic drinks is called for.

e) the mass production of low alcoholized drinks and nonalcoholic drinks with pleasant flavours ;

f) the intensification of the measures for the raising of the population cultural level and of the educative measures against unreasonable consumption of alcoholic drinks.

Bun de tipar 14 I 1982 ;
Format 8/61 × 86 ;
Coli de tipar 108 + 1 planșă color.

Tiparul executat sub cd. 5262/981 la
Întreprinderea poligrafică Bacău,
str. Eliberării, nr. 63.